FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THÈSE N° 335

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DU

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Camille LEDOUX

Né le 21 Mars 1920 à Poitiers (Vienne)

Les pseudo-tests d'aggravation dans les Vomissements Incoercibles de la Grossesse

Président de thèse : Professeur LANTUEJOUL

POITIERS
IMPRIMERIE « L'UNION »
2, RUE THIBAUDEAU, 2

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THÈSE

N°

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DU

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Camille LEDOUX

Né le 21 Mars 1920 à Poitiers (Vienne)

Les pseudo-tests d'aggravation dans les Vomissements Incoercibles de la Grossesse

Président de thèse : Professeur LANTUEJOUL

POITIERS
IMPRIMERIE « L'UNION »
2, RUE THIBAUDEAU, 2

1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A qui je dois tout. En remerciements de tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi. Avec toute mon affection filiale.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MES DEUX FILLES

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur LANTUEJOUL

Professeur de clinique obstetricale

à la Clinique TARNIER

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A MES MAITRES

dans les hôpitaux et à l'Ecole de Médecine

de POITIERS

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRU

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Professeur de Physiologie

Dont nous avons profité pendant deux ans du lumineux enseignement et qui a bien voulu nous conseiller pour l'élaboration de cette thèse ; avec toute notre reconnaissance et nos bien vifs remerciements.

MONSIEUR LE DOCTEUR VELUET

Directeur de l'Ecole

MONSIEUR LE DOCTEUR LE BLAYE

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Professeur de Clinique Médicale

Avec nos remerciements pour l'abondante documentation qu'il a bien voulu nous confier.

MONSIEUR LE DOCTEUR PERDOUX

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Professeur de Clinique Chirurgicale

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLANNE

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FOUCAULT

Professeur d'Anatomie

MADEMOISELLE GUEPRATTE

Directrice de la Maternité

À MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS GALLET

Qui nous inspira notre vocation médicale.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

L'indication de l'avortement thérapeutique dans les vomissements gravidiques incoercibles apparaît plus rare depuis qu'on connaît mieux le rôle majeur du pithiatisme et l'efficacité d'une psychothérapie rationnelle.

Cependant, dans les manuels d'obstétrique les plus récents, les auteurs continuent de reproduire les descriptions classiques en trois périodes, et d'attacher la même valeur pronostique à des signes cliniques ou biologiques que nous semble discréditer la confrontation des observations rapportées.

Aussi, nous proposons-nous, dans ce travail, de faire une étude critique de ces signes et de montrer qu'ils constituent des tests d'aggravation trop infidèles pour servir de base à cette « thérapeutique de désespoir » qu'est l'interruption artificielle de la grossesse.

Nous envisagerons successivement :

1° Les tests cliniques.

2° Les tests humoraux.

3° Les facteurs pathogéniques qui servent de base à ces différents tests.

4° La conduite à tenir pour faire de l'avortement provoqué une exception de plus en plus rare.

CHAPITRE I

Les tests Cliniques

La confrontation des dernières publications médicales et des précis de pathologie obstétricale nous permet de dire que les principaux tests cliniques d'aggravation au cours des vomissements incoercibles gravidiques peuvent se classer de la façon suivante :

1° Des signes essentiels formant ce que l'on peut appeler une « triade classique » constituée par : la tachycardie, l'ictère, l'amaigrissement.

2° Des signes accessoires : soit banaux comme la constipation, soit incertains comme l'hypotension, soit tardifs comme la polynévrite.

A. — La triade classique.

I. — LA TACHYCARDIE

La tachycardie est le signe « le plus facilement appréciable » (PINARD) et c'est sans doute ce qui explique qu'il soit le plus souvent cité par les auteurs.

§ 1. — LES DONNÉES CLASSIQUES

Bien que Paul DUBOIS ait déjà décrit, dans sa remarquable étude des vomissements incoercibles, la seconde période de la maladie, période de fièvre et de tachycardie, c'est le professeur PINARD, qui au congrès de Rome en 1902, mit en valeur l'importance de l'accélération du pouls comme élément de pronostic. Il écrit en particu-

lier [dans la « Nouvelle pratique Médico-Chirurgicale » (tome VIII. page 1018. édition de 1911)].

« Mais, si, malgré cette thérapeutique, les vomissements persistaient et si vient se joindre à eux, l'accélération du pouls, dès que ce dernier bat plus de cent fois par minute, il faut de suite interrompre la grossesse, en provoquant aussi rapidement que possible l'évacuation de l'utérus. »

Depuis, tous les traités classiques, même les plus récents, répètent cette affirmation du professeur PINARD.

Dans le précis d'Obstétrique du professeur FABRE (8e édition 1940, tome II, page 89) celui-ci écrit : « L'interruption de la grossesse ne devra être envisagée que lorsque le traitement par l'isolement et la diète aura été employé sans succès, malgré la rigueur la plus stricte... C'est l'état du pouls qui doit guider la décision... Quand le pouls atteint cent pulsations par minute, d'une façon régulière, on est en droit d'interrompre la gestation. »

De même, le professeur DEVRAIGNES écrit dans son manuel d'Obstétrique (5e édition de 1942, page 355) : « Si les moyens thérapeutiques que nous venons d'indiquer échouent, si le pouls se maintient d'une façon permanente au-dessus de cent pulsations..., il faut interrompre la grossesse pour sauver la mère. »

DUBRISAY et JEANNIN écrivent de leur côté dans leur précis d'Accouchement (9e édition de 1943, page 384) : « En présence d'une malade qui a dépassé la première période, il faut être prêt à intervenir pour éviter un désastre. Après avoir tout tenté pour éviter cette éventualité, il deviendrait nécessaire de pratiquer l'avortement par les méthodes les plus rapides. Nous nous baserons pour poser cette indication sur : 1° l'amaigrissement... 2° l'accélération permanente du pouls au dessus de cent... »

Enfin, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (volume Obstétrique, tome II, fascicule 5033, 2e édition, 1942) BROCHIER et MAGNIN écrivent : « Nous voyons

que pendant la 2e période, un traitement méthodique peut être poursuivi pendant quelques jours. S'il fallait citer un chiffre pour servir d'indication nous dirions au maximum une semaine, étant bien entendu qu'il ne peut s'agir là que d'une moyenne. Au bout de ce temps, l'accélération permanente du pouls », est un « des éléments qui forcent la main ».

En somme, pour Pinard, Fabre, Devraique, Dubrisay et Jeannin, Brochier et Magnin, l'accélération permanente du pouls au dessus de 100 pulsations à la minute est un signe qui indique la gravité de l'affection et qui doit entraîner l'avortement thérapeutique.

§ 2. — Les faits d'observation

En réalité, la clinique montre que nombreuses sont les observations où, malgré une accélération permanente du pouls atteignant 100, 130, 140 et parfois même 160 pulsations par minute, la guérison a pu être obtenue sans interruption artificielle de la grossesse. En voici quelques exemples typiques :

Observation n° I

(Résumé de l'observation n° VII de la thèse de Hage)

Ch. E... 37 ans, V pare, entre à Tarnier le 28-11-1924 pour vomissements incoercibles.

Grossesses antérieures normales.

Grossesse actuelle. — D. R. : 21 au 23 août. Début des vomissements le 6 octobre avec nausées et douleurs épigastriques vives. Alimentation strictement liquide.

Examen du 28-11-1924. — Amaigrissement marquée, prostration, parole difficile. Langue sèche. Soif vive. Nausées continuelles. Pouls. 140. — Tachyarythmie. T. A. 14-9.

Subictère cutanéo-muqueux. Hyperesthérie cutanée. Sous l'influence du traitement, isolement, psychothéra-

pie, et réhychatation, dès le 29 les vomissements diminuent, le pouls se ralentit. L'amélioration sera continuelle jusqu'au 2 décembre où l'on remarque un seul vomissement dans la journée, un pouls à 98.

Observation n° II

(Résumé de l'observation n° IV rapportée dans la thèse de Hage)

N. V... 28 ans, I pare, entre à la clinique Tarnier le 8-9-1923 pour vomissements incoercibles.

En novembre 1922, fausse couche spontanée de 3 semaines qui, à l'examen, montra un œuf clair.

Grossesse actuelle. — D. R. 3 juillet 1923. Dès le début d'août, nausées, puis vomissements d'abord rares, puis de plus en plus fréquents et abondants, avec salivation abondante et acidité buccale et gastrique. Le 24 août, vomissements presque continuels, intolérance gastrique absolue.

Examen du 8-9-1923. — Pouls : 130 : Température 37°8.

Subictère des conjonctives. Constipation marquée.

Amaigrissement considérable : poids de 48 k. au lieu de 60 k.

Sous l'influence du traitement, isolement, pychothérapie, rehydratation les vomissements diminuent dès le 10, le pouls se ralentit. La malade quitte le service le 21-9-1923 (13 jours après son admission) les vomissements ayant complètement cessé et le pouls étant inférieur à 100 depuis le 17-9-1923.

Observation n° III

(Observation n° II rapportée dans la thèse de Ferru. Résumé)

Infirmière II pare, agée de 24 ans : entre à la maternité de la Pitié en juillet 1909 pour vomissements à type

grave. Première grossesse en 1907 ; vomissements incoercibles au 2e mois ayant résisté à tout traitement, et nécessité un avortement thérapeutique.

Grossesse actuelle. — D. R. : 29 avril. Le début des vomissements coïncide avec l'absence des règles suivantes. Les vomissements s'accusent en juin et prennent au 3e mois, une allure grave qui fait entrer la femme à la maternité, où elle commence par réclamer l'avortement.

Examen à l'entrée. — Pouls oscillant entre 120 et 170, température 37° 4. Malade excitée et très amaigrie. Léger subictère, pas de pigments biliaires dans les urines.

M. Potocki sachant que la malade est très ennuyée d'être enceinte, lui affirme que le diagnostic de grossesse porté jusqu'alors est erroné et qu'il s'agit probablement d'un kyste, qu'il va falloir opérer peut-être d'urgence si les vomissements continuent. Il ajoute que l'opération serait beaucoup moins grave, si l'état général était meilleur et que pour cela, il serait nécessaire qu'elle s'alimentât.

Les vomissements cessent le jour même. La malade s'alimente et reprend bientôt son métier d'infirmière.

Observation n° IV

(Résumé de l'observation n° VII rapportée dans la thèse de Ferru)

Primipare enceinte de 2 mois et demi, atteinte de vomissements incoercibles datant déjà de 6 a 8 semaines et ayant résisté jusqu'alors à tous les moyens thérapeutiques. Guérison rapide et complète en 20 jours par isolement psychothérapie, rehydratation.

Examen du 27 février 1921. — Pouls oscillant entre 130 et 140. Malade très amaigrie, teinte subictérique des plus nettes.

Sous l'influence d'une injection quotidienne de 3 li-

tres de sérum glucosé, la tachycardie baisse rapidement. Le 9 mars, le pouls est à 100.

On diminue la quantité de sérum glucosé à un litre par jour. Les vomissements s'accentuent de nouveau et le 5 mars le pouls remonte à 120.

On redonne alors 3 litres de sérum glucosé par jour et le 9 mars le pouls est de nouveau à 100.

Le 19 mars, la malade retourne chez elle, les vomissements ayant complètement disparu, le pouls à 90. la diurèse normale, le subictère disparu.

Observation n° V

(Résumé de l'observation n° VIII rapportée dans la thèse de Ferru)

Primipare de 28 ans, qui entre à Tarnier le 5.6.1923 pour « vomissements incoercibles nécessitant l'avortement thérapeutique ».

D. R. 19 au 27 mars. Apparition des vomissements le 17 mai, aggravation continuelle depuis cette date.

Examen d'entrée. — Pouls : 135, température 37°, teinte subictérique, langue saburale, haleine fétide. Malade très amaigrie, abattue, voix rauque.

Sous l'influence du traitement psychothérapique énergique (simulacre d'avortement) et rehydralant, on voit les vomissements diminuer (dans les 24 premières heures, 4 vomissements seulement), l'alimentation reprendre et la tachycardie baisser (120 pulsations).

La malade quitte le service le 16 juin 1923 (11 jours après son admission), complètement guérie et le pouls étant tombé à 80.

En résumé, malgré un pouls permanent à 130, (observation II), à 135 (observation V) à 140 (observation I) ou oscillant entre 120 et 170 (observation III), entre 130 et 140 (observation IV), la guérison a pu être obtenue, complète et sans récidives, sans avortement thérapeutique.

Inversement, il existe de nombreux cas d'une indiscutable gravité, qui ont évolué sans accélération du pouls et qui ont entraîné la mort malgré un avortement thérapeutique. BATTLÉ. (Existe-t-il au cours des vomissements gravidiques un critérium de l'A. T. Concours médical 26 juin 1938) signale que le professeur PINARD lui-même a « publié l'observation d'une femme, morte malgré interruption de la grossesse, dont la tachycardie n'avait jamais dépassé 80 pulsations » et que VORON et PIGEAUD ont perdu des malades « dont le pouls battait à 95 ».

Voici quelques observations démonstratives que nous avons relevées parmi les travaux consultés.

Observation n° VI

(Résumé de l'observation n° I de la thèse de WITTHLIN)

Mme X. : 24 ans, I pare, entre le 1er mars 1932 à la Maison Maternelle de la Loire pour vomissements graves de la grossesse.

A l'examen. — Femme très amaigrie : 48 kg. Utérus gravide de 2 mois environ. Examen gynécologique en dehors de cela négatif.

— Intolérance absolue pour les solides et les liquides. Les vomissements qui avaient débuté avec la grossesse n'ont pris une allure inquiétante que depuis le 20 février c'est-à-dire 10 jours avant l'arrivée de la malade dans le service.

— Accélération du pouls, de caractère modéré : Pouls : 90.

— Diurèse 500 grammes. Albumine : 0. Cœfficient de Maillard 19,6.

Malgré le traitement, isolement, psychothérapie, rehydratation l'état reste stationnaire. Si les vomissements ont tendance à diminuer, le pouls se maintient à 90 et la diurèse oscille entre 400 et 600 grammes ; tandis que le cœfficient de Maillard se maintient entre 18,8 et 20,5.

Le 15 mars, on constate que, si les signes n'ont pas changé, si les vomissements ont diminué, la malade continue à maigrir et le cœfficient de Maillard s'élève à 26,3. Malgré cela, ou que la courbe du pouls se maintient constamment au dessous de 100, on décide d'attendre encore en poursuivant le traitement médical.

Le 23 mars, aggravation brusque de l'état général, agitation inquiétante. Le cœfficient de Maillard s'élève jusqu'à 30,9, bien que le pouls soit compté à 92. Le 24 mars, après une très mauvaise nuit passée par la malade, on décide d'interrompre la grossesse et on pratique une évacuation utérine en un temps. La situation continue à s'aggraver, les troubles nerveux s'accentuent. Le pouls monte pour la première fois à 100. La malade meurt brusquement le 25 mars.

Observation n° VII

(Résumé de l'observation rapportée par VANVERT dans le bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie, 1924.

Femme de 32 ans, bien réglée et bien portante III pare.

Antécédents. — 1re grossesse 1920. Vomissements fréquents au début de la grossesse. Avortement spontané au 6e mois.

Peu de temps après, la femme redevient enceinte. Quelques vomissements au début, mais évolution ultérieure de la grossesse normale.

Grossesse actuelle. — D. R. 20 octobre 1925. Apparition des vomissements vers la fin novembre : A partir du 25 décembre, aux dires de la malade, l'intolérance gastrique serait absolue. Mais ceci est exagéré manifestement car une certaine quantité de liquide est conservée.

Examen du 25 janvier. — Femme amaigrie, somnolente (depuis 3 à 4 jours), douleur épigastrique, pas de constipation.

Odeur acétonique de l'haleine.

Pouls : 80, pas d'ictère.

Urines rares, colorées, albumine : 0. Urobiline traces, acide diacétique, + acétone 1 gr. 698.

On prescrit comme traitement de l'adrénaline par voie ultra-veineuse et du sérum glucosé sous cutané et par voie rectale. La 1re piqûre d'adrénaline amène une parésie de tout le membre pendant quelques heures. Quant à l'injection de sérum glucosé, elle entraîne la crise suivante : après une plainte émise par la malade, apparaissent des convulsions cloniques auxquelles succèdent des convulsions toniques, qui alternent à plusieurs reprises, la crise durant un quart d'heure. Celle-ci se termine par une période de prostration qui disparaît pour faire place à la somnolence antérieure. On décide alors de pratiquer l'avortement, mais la nature avait agi spontanément. Un écoulement de sang apparaît à la vulve. On active alors l'avortement par dilatation du col et curettage. Les vomissements cessent aussitôt, l'état général s'améliore, la convalescence est rapide et sans incidents.

Ainsi dans ces deux observations, nous voyons dans un cas : (obs. VI) la mort survenir bien que le pouls n'ait atteint 100 pulsations qu'après l'avortement thérapeutique. Dans l'observation n° VII, le pouls a toujours oscillé aux alentours de 80, et si la guérison est survenue, elle est dûe à l'avortement spontanée qui s'est produit. C'est dire que l'accélération du pouls n'a pas rempli sa mission de test de gravité qui lui est attribué par les auteurs classiques à la suite du professeur Pinard. Qu'elle est donc alors la signification de l'accélération progressive du pouls dans hyperemèse gravidique ?

§ 3. — La valeur pronostique de la tachycardie

Les auteurs classiques voient dans la tachycardie la preuve objective de l'intoxication de l'organisme. Dans

les annales de Gynécologie et Obstétrique (juillet 1909), le professeur PINARD écrivait : « Pendant la gestation, les femmes qui vomissent sont des intoxiquées... Le vomissement est le premier symptôme apparent d'une intoxication dont l'organisme triomphe le plus souvent, mais aussi pouvant entraîner la mort après avoir déterminé des symptômes multiples et variables suivant la réaction individuelle, mais le plus constant, le plus facilement appréciable et en même temps le plus grave est l'accélération du pouls... »

Comment donc expliquer la guérison quand la cause persiste, quand la grossesse continue son évolution « comme l'a dit FERRU, à propos de l'ictère et comme nous l'avons constaté dans les cinq premières observations? Dans ces cas, l'arrêt des vomissements, le retour du pouls à la normale, en un mot, la guérison fut obtenue sans avortement thérapeutique par de simples traitements médicaux comportant l'isolement, la psychothérapie, la réhydratation. S'il y avait eu intoxication, la toxine aurait dû continuer à se déverser dans l'organisme et à provoquer une aggravation des troubles. Il n'en fut rien et la guérison fut toujours complète dans les cas cités.

De même, comment expliquer dans l'observation n° VI le fait que le pouls n'ait atteint 100 pulsations qu'après l'avortement. Celui-ci aurait dû supprimer la source des toxines et par ce fait entraîner un abaissement du pouls et la guérison. Or, c'est le contraire qui se produisit. Le pouls augmenta de fréquence et la mort survint rapidement. Force est donc de chercher ailleurs que dans l'intoxication, la cause de la tachycardie.
On peut se demander d'abord s'il ne s'agit pas d'un dérèglement neuro-végétatif LACOMME et LEPAGE pensait, en effet, que le rôle régulateur du sympathique doit intervenir pendant la gestation. Le développement de la circulation placentaire exige une adaptation de l'appareil cardio vasculaire. Cette adaptation se fait, en géné-

ral, sans trouble fonctionnel. La tension reste constante : les recherches de physiologie fine montrent même que le système capillaire sous-ungueal reste normal tout comme aspect que comme régime circulatoire (VIGNES).

Mais cependant, il peut y avoir quelques modifications dans le fonctionnement cardio-vasculaire. C'est ainsi que pour VARNIER 85 % des femmes présentait une tachycardie légère, fréquente et presqu'habituelle. D'après LOUGE, la fréquence moyenne du pouls chez la femme enceinte serait de 86. D'autre part, GARNIER et FRANKEL ont fait des constatations analogues et observent qu'il s'agit bien d'une tachycardie gravidique, car elle disparaît aussitôt après l'accouchement. D'autre part, au cours de la grossesse, LACOMME et LEPAGE rapportent que : 1° le réflexe oculo-cardiaque est modifiée. En effet, GARNIER et FRANKEL ont montré que le pouls est ralenti dans 49 % des cas de leur statistique, non modifié dans 26 % des cas, accéléré dans 22 %. Le réflexe semble donc modifié dans 1/4 des cas. 2° Les phénomènes vaso-moteurs sont exagérés. Les raies vaso-motrices apparaissent rapidement, durent assez longtemps pour que l'on ait parlé de dermographisme de la gestation. Tous ces faits, tachycardie, modification du réflexe oculo-cardiaque, exagération des phénomènes vaso-moteurs, semblent bien indiquer qu'il existe souvent au cours de la gestation, soit un équilibre nouveau, soit une instabilité du septième neuro-végétatif. Les vomissements, par leur répétition, par leur fréquence, les troubles d'inanition qu'ils entraînent, vont soit rompre le nouvel équilibre établi, soit exagérer le déséquilibre qui existe déjà. Or, le professeur LAUBRY, dans son nouveau traité de Pathologie interne (tome III, maladies du cœur) écrit : « La physiologie nous apprend qu'au point de vue excitation nerveuse, l'accélération du rythme cardiaque, est sous la dépendance du sympathique... L'excitation du sympathique, le vague étant normal, accélère aussi le cœur et très probablement, est-ce

par son intermédiaire, que se produisent les tachycardies réflexes, celles qu'on observe après une violente douleur, ou celles qui sont liées aux états dyspeptiques. » Or, ne peut-on ranger les vomissements de la grossesse parmi les états dyspeptiques et se demander alors qui produit l'excitation du sympathique? Est-ce l'irratation du plexus solaire comme le pense LEVEN? Est-ce l'intoxication gravidique, comme l'a affirmée le professeur PINARD? Est-ce une névrose, comme l'écrivaient les professeurs BRINDEAU et LANTUEJOUL? C'est toute la question si controversée de la pathogénie.

Robert LEVEN pense que la tachycardie est sous la dépendante de la dilatation atonique de l'estomac. Il apporte, comme preuve de sa théorie que la fréquence des battements cardiaques est modifié par les changements d'attitude de la malade.

On peut se demander également si la tachycardie n'est point secondaire à la deshydratation intense de l'organisme. Les vomissements incoercibles, le refus de toute alimentation entraînent une intense déperdition d'eau. Il s'en suit une diminution appéciable de la masse sanguine. Robert LEVEN pense que l'accélération du pouls par réduction de la masse sanguine se fait par le même mécanisme qu'à la suite d'une hémorragie importante. BELOUX, de son côté, écrit : « Cette remarque.... nous amène à comparer l'état d'une malade ne supportant aucune alimentation à l'état d'une personne normale, en dehors de l'état de maladie, soumise au jeûne à peu près absolu. A ce sujet, tous les traités de physiologie sont d'accord pour nous montrer un amaigrissement progressif..., une diminution des urines, la présence habituelle d'un peu d'albumine, d'indican, de corps cétoniques. Mais aucun ne parle *de l'accélération du pouls qui est cependant constante*. D'autre part, nous pouvons comparer les signes attribués à l'intoxication gravidique aux signes généraux observés dans les affections s'accompagnant de vomissements. La plupart des auteurs

qui décrivent les signes de sténose pylorique, intestinale, œsophagienne insistent sur les signes d'inanition, mais ils ne parlent pas des modifications du pouls qui constituent cependant un élément de pronostic important... Ce qui semble bien prouver que l'accélération du pouls est en rapport avec la deshydratation, c'est qu'elle se modifie par les injections de sérum artificiel. » A ce propos, l'observation n° IV est intéressante et quasi expérimentale. Le pouls, qui, à l'entrée de la malade dans le service, était de 135, baisse à 100 par le fait de l'administration quotidienne de trois litres de sérum glucosé, puis remonte à 125 lorsque l'on diminue la dose quotidienne à un litre puis redescend à 100, quand on administre de nouveau les trois litres quotidiens.

D'autre part, l'acidose qu'entraînent les vomissements incoercibles de la grossesse, comme nous le verrons ultérieurement, n'est-elle pas un facteur de tachycardie. Ne l'observe-t-on pas dans d'autres états pathologiques où l'acidose est très marquée? C'est ainsi que dans le coma acidosique on observe une accélération des battements cardiaques avec petitesse du pouls. Boutin, dans une étude du diabète sucré, écrit que parmi les facteurs susceptibles d'expliquer cette tachycardie, il faut signaler la deshydratation intense de l'organisme et l'acidose.

Faut-il invoquer maintenant un dysfonctionnement thyroïdien ou surrénalien? Si ce dysfonctionnement se retrouve chez certaines femmes, soit parce que les troubles existaient avant la grossesse et ont été exagérés par celle-ci, soit parce qu'ils ont été créés par la grossesse, il n'en est pas toujours ainsi.

S'agit-il d'un facteur unique, dérèglement neuro-végétatif ou deshydratation? Il est probable que ces deux facteurs principaux s'intriguent le plus souvent.

Ajoutons à cela un facteur psychique important : l'émotivité du sujet. Nombreux, en effet, sont les cas où l'émotivité intervient pour amener une accélération du

pouls. Or, la plupart des femmes, atteintes de vomissements incoercibles, sont de grandes nerveuses.

Il semble donc que la tachycardie ne doive pas être considérée comme le signe d'intoxication d'origine gravidique, mais plutôt comme un symptôme secondaire au dérèglement du système végétatif et à la deshydratation intense de l'organisme.

II. — L'ICTÈRE

L'ictère est beaucoup moins considéré que la tachycardie par les auteurs classiques.

§ 1. — Les données classiques

Le docteur Ferru, qui a consacré sa thèse inaugurale en 1926 à l' « Étude de l'Ictère dans les vomissements graves de la grossesse » a fait tout l'historique de cette question. Il rapporte que c'est à partir de 1904 que P. Mettey, dans sa thèse sur le « traitement des vomissements incoercibles de la grossesse » montre le plus nettement, la fréquence relative de l'ictère.

Fieux, au VI[e] Congrès national de Gynécologie, Obstétrique et de Pédiatrie de Toulouse en 1910, déclarait : « Enfin, pour terminer ce qui a traité à cette question, si difficile en pratique de l'opportunité opératoire, je dirai qu'en dehors de toute considération clinique, amaigrissement, pouls, température, il est deux complications qui, dûment constatées chez une femme atteinte de vomissements graves de la gestation, représentent des indications immédiates de l'interruption de la grossesse, c'est l'apparition d'une polynévrite ou celle d'une ictère vrai, caractérisé par le passage des pigments biliaires dans les urines. »

Voron, à propos d'un cas mortel, concluait : « Lorsqu'il y aura doute, quant aux indications de l'interruption de la grossesse, il semble qu'on doive observer avec grand soin, l'apparition de la glycoxine et du su-

bictère et interprêter ces signes, s'ils existent en faveur de l'intervention. »

Siredey, Cathala et Biancini, à propos de deux observations différentes, apportent les mêmes conclusions.

Vignes. (L'interruption artificielle de la grossesse, Gazette médicale du Centre 15 mars 1926) écrit de son côté : « L'Ictère doit être étudié de près. Souvent il s'agit d'un subictère passager sans gravité, banal, chez un sujet dont le tube digestif fonctionne mal. Dans d'autres cas, c'est le signe d'une grande insuffisance hépatique et il est souvent trop tard pour intervenir avec des chances de succès. »

Parmi les différents traités ou manuels d'enseignement, Fabre écrivait dans son édition de 1922 : « L'Ictère constitue un signe de gravité, qui justifie l'indication de l'avortement thérapeutique. » Mais cette affirmation citée dans la thèse de Ferru n'est plus retrouvée dans l'édition de 1940. D'autre part, Dubrisay et Jeannin signalent le subictère parmi les signes sur lesquels on doit se baser pour décider de l'avortement thérapeutique.

Brochier et Magnin, dans leur article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, signalent que la présence de subictère chez une femme placée dans les conditions optima d'isolement, est un des éléments qui forcent la main. D'après Madame Brochier-Hurtin, il ne faut en tenir compte que lorsque cette ictère apparaît en milieu hospitalier avec un traitement correct ou bien si le subictère évolue progressivement vers un ictère véritable.

En résumé, d'après ces auteurs, l'avortement thérapeutique doit être pratiqué, lorsque, au cours des vomissements incoercibles, apparaît soit isolé soit associé à d'autres signes, l'ictère franc ou le subictère.

§ 2. — Les faits d'observation

La clinique, cependant, nous montre que nombreux

sont les cas où la guérison s'est produite sans avortement thérapeutique, malgré l'apparition de subictère ou d'ictère franc. FERRU en rapporte 16 observations dont nous nous contenterons de détacher les deux plus typiques.

Observation n° VIII

(Résumé de l'observation n° I de la thèse de Ferru)

F... II pare : 28 ans; entre à la maternité de Beaujon le 23.9.1925 pour vomissements incoercibles de la grossesse. Aucun antécédent pathologique à signaler. Première grossesse d'évolution normale en 1914 avec quelques vomissements bénins au début.

Grossesse actuelle. — D. R. : 1-4 août. Début des vomissements dans les premiers jours de septembre : augmentation de fréquence et aggravation progressive malgré le traitement médical institué.

Examen du 23.9.1925. — Teint mat un peu cholémique. Léger subictère des conjonctives. Amaigrissement marqué.

Pouls instable : 80,90. T. A. 14,8.

Examen obstétrical : Grossesse de 6 semaines. Corps utérin anteversé et basculé à droite.

Oligurie : 500 cc, urines hautes en couleur. Albumine et sucre : 0.

Urobiline + Réaction de Gerhart +.

Constipation opiniâtre.

Examen du 25. — L'Ictère s'accuse; net aux conjonctives, il commence à colorer la peau.

Pouls : 100.

Urines foncées, acajou. Albumine + Urobiline +.

Pigments et sels biliaires +.

Examen du 27. — Vomissements moins fréquents, mais ictère franc cutanéo muqueux, avec cholurie manifeste, sans décoloration nette des selles.

Pouls : 82.

Examen du 28. — Devant l'état stationnaire, on pra-

tique un simulâcre d'avortement sous anesthésie générale.

Le soir même, la malade absorbe une tasse de thé qu'elle ne vomit pas.

Examen du 29. — La malade annonce qu'elle va mieux. Elle absorbe du liquide qu'elle ne rejette qu'en partie. Pouls : 104.

Examen du 30. — L'amélioration continue. La malade absorbe des liquides qu'elle ne vomit plus. Facies réjoui qui contraste avec l'expression ennuyée des premiers jours.

L'Ictère s'atténue nettement. Pouls : 107.

Examen du 5. — L'ictère a complètement disparu ; la durèse augmente. Le pouls revient progressivement à la normale.

La femme quitte la maternité le 15 octobre en parfait état.

Observation n° IX

(Résumé de l'observation n° IV rapportée dans la thèse de Ferru)

Mme B. 32 ans, III pare, entre le 21 juillet 1908 dans le service de M. Mathieu pour intolérance gastrique absolue.

Antécédents. — 1899 : 1re grossesse d'évolution normale, avec quelques vomissements bénins au début d'une durée de 15 jours. 1901 : 2e grossesse au cours de laquelle ait apparu des accidents diarrhéiques assez intenses, mais de courte durée. Depuis cette grossesse, troubles dyspeptiques vagues survenant après le repas, surtout marqués à la suite d'une pleurésie survenue en 1905.

Grossesse actuelle. — La malade, bien réglée d'ordinaire, n'a pas eu ses règles depuis deux mois. Début brusque des accidents actuels, il y a trois semaines par des nausées auxquelles ont bientôt fait suite des vomis-

sements. Très rapidement, l'intolérance gastrique devient absolue, avec constipation.

Examen du 21 juillet. — Amaigrissement et deshydratation intense. Faciès tiré, yeux excavés. Léger ictère conjonctival et cutané qui est apparu depuis 4 jours, avec présence de pigments biliaires dans les urines.

Affaiblissement très marqué : vomissements incessants de tous les liquides absorbés, avec mucosités abondantes. Température 37°. Pouls : 100.

Urines rares, foncées, non albumineuses, renfermant pigments biliaires et indican.

Sous l'influence du traitement, isolement, psychothérapie, rehydratation, il n'y a aucune amélioration jusqu'au 24 juillet. A ce jour, on pratique immédiatement après l'absorption d'une petite qantité de liquide l'électrisation de la région épigastrique. A partir du 26, les vomissements paraissent devenir moins constants, en même temps que la diarrhée survient et que l'ictère diminue. Cependant la réalimentation sera laborieuse, entravée de temps à autre par des vomissements. Enfin le 24 août, la malade peut rentrer chez elle et dans la suite la grossesse évolue normalement.

Ainsi dans ces deux observations n° VIII et XX, malgré la présence d'ictère accompagné d'un syndrome urinaire d'insuffisance hépatique, avec oligurie, urbilinurie, présence de pigments biliaires, la guérison a pu être obtenue sans qu'on ait recours à l'avortement thérapeutique.

A l'opposé, voici une observation où la mort est survenue sans que l'ictère ou le subictère ait annoncé l'aggravation fatale.

Observation X

(Résumé de l'observation
rapportée dans la thèse de BUREAU)

Mme M. : 26 ans, I pare entre à l'Hôtel-Dieu le 30-9-1932 avec le diagnostic d'affection chirurgicale ai-

guë. La malade accuse, en effet, un retard de règles de deux mois, des vomissements fréquents, une douleur localisée dans la fosse iliaque droite et peut être une réaction péritonéale.

L'examen de la malade ne montre à son entrée ni signes appendiculaires précis, ni signes de grossesse extra-utérine. Ce diagnostic ayant été invoqué vu le retard des règles (D. R. : 6 août 1932) et sur les signes suivants : gonflement et picotement des seins, ligne brune abdominale. Le toucher montre un utérus de volume correspondant à l'âge de la grossesse soupçonnée et une masse douloureuse latéroutérine droite, vraisemblablement un ovaire malade.

Les vomissements se reproduisent espacés, l'état général reste bon, quoique la malade soit un peu agitée. Il existe un léger disque d'albumine.

Le 12 octobre, il ne reste plus trace des signes antérieurs, si ce n'est un point douloureux voisin du point de Mac Burney. L'examen montre un utérus gravide de deux mois et demi. Il n'y a pas de fièvre, les vomissements ont à peu près disparus. En raison de l'état un peu trouble des urines qui laissent un dépôt blanchâtre probablement purulent, on porte le diagnostic de pyclonéphrite, ce qui semble confirmé par la disparition de l'albumine et des troubles urinaires sous l'influence du traitement. La malade quitte le service le 20 octobre, ne vomissant plus du tout.

Moins de 24 heures plus tard, elle est ramenée d'urgence pour réapparition des vomissements qui redoublent de fréquence et d'abondance, avec point douloureux iliaque particulièrement vif, insomnie et agitation. L'intolérance gastrique est absolue.

On donne alors à la malade par voie rectale du chloral à dose journalière croissante, ce qui la calme pour quelques temps. L'examen est toujours négatif sauf pour ce qui concerne le point de Mac Burney qui est toujours douloureux.

On place une vessie de glace sur l'abdomen, en même temps que l'on donne par os, le 23 et 24, cinquante gouttes de teinture de belladonne. Aucun effet.

Le 24, les vomissements deviennent véritablement incessants. L'agitation est vive dès que la femme n'est plus sous l'influence du chloral.

Le 25, l'odeur acétonémique de l'haleine éveille l'attention ; en même temps on pratique un prélèvement d'urines pour un cœfficient de Maillard. Le pouls est à 104. Les vomissements ne diminuent pas malgré les sédatifs. Le pouls est à 110.

Le 26 octobre, vers 0 h. 25, la malade s'endort d'un sommeil paisible. Le 26 à 5 heures du matin, la veilleuse s'aperçoit que la malade a succombé. L'autopsie pratiquée le 27 octobre est absolument négative au point de vue microscopique, l'utérus renferme un œuf normal avec fœtus de 10 centimètres.

En résumé, l'ictère pas plus que la tachycardie ne semble avoir la valeur que les classiques lui attribuent. Quelle est donc sa signification ?

§ 3. — Valeur pronostique de l'ictère

Ce sujet ayant été déjà spécialement étudié par Ferru, dans sa thèse, nous nous contenterons de rappeler ses conclusions :

« Des vomissements d'une gravité extrême, avec ictère et subictère, ont pu guérir rapidement, brusquement même par la seule psychothérapie, ce qui semble bien en contradiction avec la doctrine de l'hépato-toxémie. L'insuffisance hépatique, attestée par les épreuves fonctionnelles, ne paraît pas être l'effet d'une intoxication, qui, créée par la grossesse, viendrait léser secondairement le foie et déterminer ainsi les vomissements. Elle se révèle comme une conséquence et non comme une condition de l'hyperémèse. »

« L'Ictère, conséquence directe ou indirecte des vo-

missements graves, par un mécanisme jusqu'ici imprécis, ne doit pas être considéré comme une preuve d'intoxication brutale nécessitant l'interruption de la grossesse. Il signifie seulement,, comme les modifications urinaires concomitantes que les vomissements incoercibles ont un retentissement profond et grave sur la nutrition tout entière, d'où l'indication d'intervenir au plus tôt. »

III. — L'AMAIGRISSEMENT

L'amaigrissement intense dans les vomissements incoercibles est un des signes les plus marquants de cette affection. Aussi est-il presque toujours cité par les auteurs.

§ 1. — Les données classiques

Vignes rapporte qu'une diminution du poids au dessous du tiers du poids initial, ou comme le voulait Bonnaire, une perte quotidienne de 300 grammes constatées pendant huit jours consécutifs est un élément de mauvais pronostic.

Devraigne, rapportant des constatations de Charpentier dit que si la perte de poids journalière est de 4 à 500 grammes, il faut interrompre la gestation.

Pour pratiquer l'avortement, Dubrisay et Jeannin demandent que l'amaigrissement dépasse le 1/3 du poids antérieur et, de plus, que cet amaigrissement ait tendance à s'accentuer.

Quant à Brochier et Magnin, ils attendent pour intervenir, un amaigrissement quotidien au rythme rapide de 500 grammes par jour.

Nous voyons donc par ces quelques citations que les divers auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur des chiffres pour pratiquer l'avortement thérapeutique. Les uns, avec Bonnaire, Devraigne, Brochier, demandent une perte quotidienne de poids variable entre 300 et 500 grammes, tandis que les autres, avec Vignes, Du-

BRISAY, JEANNIN demandent une perte globale égale au 1/3 du poids antérieur.

C'est déjà souligner l'infidélité de l'amaigrissement comme élément de pronostic et l'observation clinique ne fait que confirmer cette remarque.

§ 2. — LES FAITS D'OBSERVATION

La difficulté de peser quotidiennement nos malades, la méconnaissance souvent totale du poids initial, ne facilitent pas l'appréciation exacte de l'amaigrissement relatif. Aussi sommes-nous obligés de nous contenter de chiffres approximatifs. Quoi qu'il en soit, il existe beaucoup d'observations où malgré l'amaigrissement marqué atteignant le 1/3 du poids initial, ou dépassant 500 grammes par jour, la guérison fut obtenue sans que l'on ait recours à l'avortement thérapeutique. En voici quelques-unes.

Observation n° XI

(Observation rapportée dans la thèse de R. LEVEN)

Mme C... II pare. Les dernières règles ont pris fin le 11-11-1930. Elle commence à vomir quinze jours plus tard. Les vomissements devenant de plus en plus fréquents, elle entre à l'hôpital : elle y séjourne jusqu'au 31-1-1931, l'état s'aggravant de jour en jour et atteignant un degré de gravité tel que dans le service, on n'ose même plus tenter l'avortement.

Elle quitte cet hôpital, sous la responsabilité du mari instruit par un ami des résultats dûs à notre thérapeutique.

Nous la voyons à 10 heures du soir : faciès impressionnant, amaigrissement extrême : elle avait perdu 18 kg., le poids initial étant déjà faible. Yeux cernés, langue sèche. Pouls à 120; urines foncées. On nous dit que la malade est ictérique, constatation que nous ne pouvons faire à la lumière artificielle. Paroi abdominale

excuvée; peau sèche et squameuse. Tout le ventre est douloureux. Douleur-Signal. Nous concluons à des vomissements dépendant d'une dilatation atonique de l'estomac que la maigreur de la maladie avant la grossesse laissait déjà deviner. Le traitement fut institué. Les vomissements cessèrent le 4e jour. Le pouls descendit à 80 le 6e et la malade quitta le 2e hôpital le 15e jour entièrement guérie.

Observation n° XII

(Observation n° XII rapportée dans la thèse de Hage)

J'ai observé récemment une femme de 23 ans, enceinte de 2 mois et demi, avec vomissements incessants. Cette femme disait n'avoir pris aucun aliment depuis un mois. A l'examen, amaigrissement extrêmement intense : cette femme de taille normale, quinze jours après son entrée à l'hôpital, alors qu'elle était déjà améliorée, pesait 31 kg. 800. Les urines étaient rares : 375 gr. en 24 heures. Peau sèche et rugueuse. Constipation. Les mouvements se faisaient avec une grande difficulté et la malade répondait difficilement aux questions qui lui étaient posées. Délire tranquille. Température : 37°. Pouls : 140. Cœur à rythme embryocardique. Subictère conjonctival. Globules rouges : 4.700.000. Urée sanguine : 0 gr. 31.

Cette femme a parfaitement guéri par isolement et psychothérapie. On a fait un peu d'adrénaline en dehors de nos prescriptions d'ailleurs. Cessation des vomissements. Reprise de l'alimentation normale.

Ainsi, malgré l'imprécision des chiffres, nous voyons que la guérison sans avortement thérapeutique, a pu être obtenue en dépit d'un amaigrissement extrêmement marqué. C'est ainsi que dans l'observation n° XI la perte de poids fut de 18 kg., au moins égale au tiers du poids initial, bien que celui-ci ne soit pas indiqué; mais il est souligné dans l'observation « le poids initial étant déjà faible ». En admettant que 18 kg. fut le tiers du

poids initial, on aurait pour celui-ci un chiffre de 54 kg., ce qui est déjà d'une bonne moyenne.

Nous pouvons conclure de même pour l'observation n° XII où le poids de la malade était déjà, quinze jours après son entrée dans le service, alors qu'elle était déjà améliorée, de 31 kg. 800. Or, cette femme était de taille normale. Son poids devait donc être d'environ 50 kg. D'où là encore perte de poids au moins égale au 1/3 du poids initial.

Par contre, la mort survient parfois malgré un avortement thérapeutique et bien que la perte de poids ne soit pas aussi considérable. Déjà, GONNET et REBOUD dans le bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, année 1927, rapportent des observations de vomissements incoercibles qui se sont terminés par la mort, bien que l'état général soit resté jusqu'à la fin très satisfaisant. Ils intitulent ces formes : formes florides.

Parmi les travaux consultés, nous avons pu relever les deux observations suivantes :

Observation n° XIII

(Observation rapportée dans la thèse de SALLICKI)

Mme G... 30 ans. II pare, entre à l'hôpital le 20 décembre 1928, pour « vomissements graves ».

Antécédents. — Femme très nerveuse. 1re grossesse en 1922 très bien supportée.

Grossesse actuelle. — D. R. 1° 6 octobre 1928. Début des vomissements le 15 novembre, graves d'emblée. Amaigrissement rapide.

Examen à l'entrée. — État général bon. Poids : 66 kg.

Pouls rapide, mais toujours inférieur à 100.

Urines : Pigments et sels biliaires + Acétone + + .

Cœfficient de Maillard 37,6.

Sous l'influence du traitement, dix jours après son arrivée la malade va bien. Pigments, sels biliaires et

acétone ont disparu des urines. Le cœfficient de Maillard est tombé à 25,9. Le pouls bat à 90. Poids : 67 kg. La malade rentre chez elle, le 2 janvier.

Récidive. — Dès son arrivée chez elle, les vomissements récidivent, avec amaigrissement rapide et asthénie aussi la malade retourne à l'hôpital le 16 janvier. A l'entrée, on constate un état général assez bon : poids : 60 kg. Pouls : 95. Utérus se développant de façon normale.

Urines. Pigments et sels biliaires +++ Acétone ++++.

Cœfficient de Maillard 39,2.

Amélioration de l'état de la malade par le traitement, mais moins franche que la 1re fois. La malade conserve une grande partie des aliments ingérés, mais présente encore chaque jour un ou deux vomissements. Le poids diminue lentement : 58 kg. 250 le 29 janvier, avec un amaigrissement journalier de 130 grammes en moyenne. Cependant l'état général reste bon : Pouls inférieur à 100. Diurèse toujours supérieure à 800 grammes. Devant tous ses signes qui semblent favorables on refuse de pratiquer l'interruption artificielle de la grossesse. Du reste, un lavage d'estomac arrête complètement les vomissements et pendant les cinq jours qui précèdent la mort, le poids de la malade augmente de 500 grammes. (58 kg. 750 le 3 février). Le 31 janvier dans l'après-midi, la malade est prise d'un accès de contractions toniques généralisées qui durent quelques secondes. A la suite de cette crise initiale, elle présente d'une façon contenue des trémulations au niveau des muscles du cou et des membres supérieurs qui font penser à une chorée gravidique.

Le 4 février, alors que la malade a absorbé et conservé son café au lait du matin, elle entre progressivement dans le coma et meurt à midi sans autre symptôme. Une évacuation utérine, pratiquée in extremis, a

permis de voir qu'il s'agissait bien d'une grossesse normale et non pas d'une môle.

Observation n° XIV

(Observation n° III rapportée dans la thèse de ROULLIER)

Mme F... 36 ans, II pare entre à Tarnier le 12-1-1909, présentant des vomissements graves de la grossesse.

Antécédents. — 1re grossesse 1898. Normale 1908. Apparition de vomissements quotidiens d'origine indéterminée, qui s'exagèrent pendant une scarlatine (juillet 1908) et qui n'ont jamais cessé depuis.

Grossesse actuelle. — D. R. 12 août 1908.,

Les vomissements augmentent à partir du 18 octobre au cours d'un incident marqué par une violente douleur dans le bas ventre, puis dans le côté droit, accompagnée de subictère, d'albuminerie et d'urobilinaire. Selles non décolorées. Foie non douloureux. Cet incident dure 18 jours. Mais les vomissements se répétant, l'état général s'aggravant, sur le conseil du professeur DEVRAIGNE, la malade entre à Tarnier.

Examen d'entrée. — Peau parcheminée. Téguments et muqueuses jaunâtres. Langue saburale et sèche. Agitation. Constipation. Nausées constantes. Pouls : 120.

Foie douloureux à la percussion. Maximum de la douleur au niveau de la vésicule biliaire. Poids le 24 janvier : 72 kg. 900.

Le 16 janvier, le subictère s'accuse. Cependant l'état général a tendance à s'améliorer. Poids : 72 kg. 300. A partir du 17 janvier, l'amélioration semblera constante, bien que le poids continue de décroître.

Le 25 janvier, la teinte des téguments prend une coloration bronzée, la malade semble plonger dans une espèce de torpeur : elle dort perpétuellement. Poids : 68 kg. 190. Donc reprise de poids depuis la veille où le poids était descendu à 67 kg. 690). Le 26 janvier : Même

état : Poids : 68 kg. 550. Le 27, la température, jusque-là à 37°, monte brusquement à 39°. Pouls rapide à 140.

Aspect congestif de la face. Langue sèche, rôtie et craquelée. Forte dyspnée. Vésicule biliaire de nouveau douloureuse.

Auscultation : Submatite de la base droite, respiration rude aux deux sommets, quelques sibilances disséminées dans les deux poumons.

Le 28 janvier : elle est dans le coma avec température 41° 8, pouls imperceptible, respiration ralentie et irrégulière.

L'autopsie pratiquée ne montre rien de caractéristique, sauf un gros foie et un poumon congestionné, mais sans bloc pneumonique.

Ainsi, dans l'observation n° XIII, la mort est survenue, malgré une faible perte de poids quotidienne (130 grammes par jour en moyenne) et même une reprise de poids journalière de 100 grammes pendant les cinq jours précédant la mort. De même, dans l'observation n° XIV, la mort fut la terminaison de la maladie, bien que la perte de poids globale fût bien inférieure au tiers du poids de la malade. Il est vrai qu'une perte de poids quotidienne supérieure à 500 grammes a été observée du 14 au 24 janvier. Ce désaccord suffit donc à montrer le peu de valeur de ces chiffres. Quelle est donc alors la valeur pronostique de l'amaigrissement ?

§ 3. — La valeur pronostique de l'amaigrissement

L'amaigrissement est la conséquence inéluctable de la réduction progressive ou brutale de l'alimentation chez une vomisseuse. Il traduit à la fois la déshydratation intense et la dénutrition croissante de l'organisme. Celui-ci emprunte à ses tissus la plus grande partie, pour ne pas dire la totalité de l'eau rejetée dans les vomissements ; la peau devient sèche et rugueuse, il y a

fonte musculaire (le tissu musculaire contient 40 % d'eau) disparition des tissus graisseux, etc.

Existe-t-il donc un taux d'amaigrissement qui puisse jouer le rôle de sonnette d'alarme ? La physiologie nous apprend de son côté qu'un amaigrissement atteignant 25 à 30 % chez l'homme n'est pas sans danger. D'autre part, pour ce qui est des vomissements incoercibles de la femme enceinte, nous avons déjà vu que les différents auteurs ne sont pas d'accord entre eux, sur la valeur à attribuer à ce chiffre : perte de poids de 500 grammes par jour pendant 8 jours, ou perte globale atteignant le 1/3 du poids initial. D'autre part, la clinique nous offre des exemples où des pertes de poids de cet ordre ont été suivis de guérison sans avortement thérapeutique (obs. XI et XII) et que d'autre part, il est des cas où la mort survient bien avant que la malade ait subi de telles pertes de poids (obs. XIII et XIV). Aussi, sans nier complètement la valeur pronostique de ce test d'amaigrissement, ne pouvons-nous pas nous baser sur lui, pas plus que sur la tachycardie ou sur l'ictère pour pratiquer un acte d'une aussi haute gravité que l'avortement thérapeutique.

En résumé, nous avons vu que la guérison des vomissements incoercibles pouvait être obtenue sans qu'on ait recours à l'avortement thérapeutique, malgré la présence, soit d'un pouls nettement supérieur à 100, soit de subictère ou même d'ictère franc, soit d'un amaigrissement atteignant le 1/3 du poids initial. Bien plus, la guérison a pu être encore observée, même quand deux ou trois des soi-disants tests d'aggravation ont été réunis, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

Observation	Pouls	Ictère	Amaigrissement	Guérison
I	140	S		+
II	130	S	1/3 du poids : 12 kg	+
III	120-170	S		+
IV	130-140	S		+
V	135	S		+
VIII	80-107	I		+
IX	100	I		+
XI	120	I	1/3 du poids : 18 kg	+
XII	140	S	1/3 du poids	+

Ainsi dans 7 de nos observations (obs. I à V et VIII et IX) la guérison fut obtenue sans avortement thérapeutique, malgré la présence de deux des principaux tests cliniques d'aggravation pouls supérieur à 100, subictère ou ictère. Bien plus, dans nos observations XI et XII, la guérison fut aussi obtenue sans avortement thérapeutique, malgré la présence de la triade classique des tests d'aggravation. Aussi que pouvons-nous conclure de l'étude des principaux tests cliniques? C'est qu'il n'existe pas de symptôme clinique, soit isolé, soit associé à d'autres signes, sur lequel nous puissions nous baser avec certitude et en toute tranquilité d'esprit pour pratiquer l'avortement thérapeutique au cours des vomissements incoercibles de la grossesse.

B. — Les signes accessoires.

A la triade clinique fondamentale que nous venons d'étudier, peuvent s'ajouter des signes qui nous semblent accessoires par leur banalité, comme la constipation, ou par leur incertitude, comme les variations tensionnelles ou par le retard de leur apparition, comme la polynévite.

I. — LA CONSTIPATION

La constipation est un signe que l'on retrouve dans toutes les observations de vomissements incoercibles de la grossesse. A quoi est-elle dûe ?

Beloux, dans sa thèse en 1913, rapporte que la constipation, d'après Dubrisay et Jeannin, est « une preuve de l'intoxication ». Mais celle-ci ne pouvait jouer un rôle que lorsque l'épithélium intestinal est lésé. En effet, d'après Marfan, les microbes restent dans la cavité intestinale : ils ne passent par effraction dans la circulation générale que lorsque la barrière épithéliale est lésé.

Au contraire, Leven la considère comme un symptôme secondaire à la deshydratation intense de l'organisme. Il s'agirait d'une « véritable constipation physiologique » constipation de défense, constipation d'épargne qui limiterait dans une faible mesure la deshydratation excessive de l'organisme. La constipation semble donc la conséquence banale, courante, physiologique de toute sous-alimentation, qu'il s'agisse d'une sténose œsophagienne, d'une sténose pylorique ou d'une vomisseuse enceinte.

II. — LES VARIATIONS TENSIONNELLES

Les variations de la tension artérielle au cours des vomissements incoercibles de la grossesse ont fait l'objet de nombreuses études, en particulier de la part de Pélissier et de Balard. Au cours de l'hyperémèse gravidique, le maxima a tendance à s'abaisser, tandis que la minima s'élève : il se produit donc un pincement de tension artérielle ? A quoi faut-il attribuer ces variations ? Faut-il avec Balard, voir dans l'abaissement de la maxima, l'indice d'une défaillance du myocarde, ou bien avec Sergent, la preuve d'une insuffisance surrénale ? Cette hypotension maxima n'est-elle pas dûe plutôt à la diminution de la masse sanguine et ne pour-

rions-nous la faire rentrer avec BARACH (hypotension artérielle : Arch of Internat Méd. février 1925) dans le cas des hypotensions artérielles que l'on rencontre dans les affections où il y a un insuffisant volume sanguin pour véhiculer l'oxygène (anémie, hémorragie, etc.).

Quant à l'élévation de la minima, faut-il y voir avec BALARD l'indice d'une intoxication ou d'un blocage rénal. Ne pourrait-on pas expliquer cette élévation par l'augmentation de viscosité du sang que l'on rencontre dans les vomissements incoercibles, ainsi que nous la verrons ultérieurement, bien que ce fait ne soit pas admis par le professeur DONZELOT qui écrit : « On ne saurait nier physiquement le rôle possible de la viscosité du milieu sanguin et MARTINET a jadis prétendu lui réserver un rôle de premier plan.

En réalité, la viscosité du sang, varie dans des proportions si minimes que ces variatons restent a peu près sans influence sur la tension artérielle. La maladie de Vaquez au cours de laquelle la viscosité sanguine présente chimiquement sa valeur maxima ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'hypertension artérielle. »

Aussi, malgré sa valeur pronostique, l'étude de la tension artérielle ne peut constituer à elle seule un test suffisant pour légitimer l'avortement thérapeutique au cours des vomissements incoercibles, et n'est plus cité dans les différents manuels d'enseignement, à l'exception de l'article de BROCHIER et MAGNIN dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, qui le cite seulement à l'étude des symptômes et non parmi les éléments de pronostic.

III. — LES POLYNÉVRITES

L'apparition d'une polynévrite, élément caractéristique de la 3e clinique de P. DUBOIS était considérée depuis, par tous les auteurs, comme l'équivalent d'un arrêt de mort. Aussi constitue-t-elle un test trop tardif

pour entraîner l'avortement thérapeutique, avec l'espoir d'une guérison. A quoi sont dues ces polynévrites ? Certains, avec le professeur Pinard, ont fait de ce signe un des éléments sur lesquels ils ont basé leur théorie de l'intoxication gravidique. En effet, seule, à cette époque, l'intoxication pouvait expliquer cette polynévrite. Mais un fait cependant était troublant. Comment expliquer l'apparition de polynévrites survenant quelques jours après un avortement thérapeutique, comme c'est le cas dans l'bservation suivante :

Observation n° XV

(Résumé de l'observation n° XXII rapportée dans la thèse de FERRU)

P. C... 21 ans, I pare. D. R. 27 au 30 juin. Apparition des vomissements dès le début de juillet qui ne font que s'aggraver par la suite, malgré tous les traitements médicaux essayés. La malade entre à l'hôpital le 23 août 1905. Le 5 octobre : apparition de troubles visuels. Pouls : 108. Téguments jaunâtres. Poids : 46 kg. 500 (au lieu de 58 kg.). Urines claires et abondantes.

Le 6 octobre, interruption de la grossesse sous chloroforme. Au réveil, frisson, pouls petit et irrégulier à 132. État de schock très marquée.

A partir du 7, agitation, céphalée, insomnie, pouls rapide supérieur à 100. Température normale. Diminution des vomissements.

A partir du 12, amélioration, alimentation reprise et tolérée. Pouls inférieur à 100.

Le 1er novembre, la femme se lève, mais ne peut se tenir debout. Névrite périphérique tardive qui durera assez longtemps.

Mais depuis quelques années, on commence à connaître à fond les paralysies, névrites, polynévrites, etc.

d'origine carentielle par absence de vitamine B. La nullité de l'apport alimentaire au cours des vomissements graves ne permet plus le renouvellement des réserves organiques des vitamines qui s'épuisent rapidement du fait même de la grossesse et des vomissements. L'avortement thérapeutique, n'apportant rien par lui-même pour renouveler le stock vitaminique ne peut empêcher l'évolution normale de la maladie et l'apparition tardive des polynévrites si aucune thérapeutique de substitution n'est appliquée à temps.

CHAPITRE II

Les tests humoraux

Les tests humoraux dans les vomissements incoercibles de la grossesse peuvent se grouper sous deux chefs : le syndhrome urinaire et le syndhrome sanguin qui sont d'ailleurs interdépendants et apparaissent conditionnés par la déshydratation et la dénutrition de l'organisme.

I. — LE SYNDHROME URINAIRE

Le syndhrome urinaire est essentiellement constitué par trois éléments :

1° L'oligurie.

2° L'acétonurie.

3° Le cœfficient de Maillard ou d'imperfection uréogénique.

§ 1. — L'oligurie

Ce symptôme ne semble pas avoir retenu l'attention des auteurs classiques. Du moins ne le signalent-ils pas comme un élément de fâcheux pronostic. Par contre, le professeur Vignes, dans l'article déjà cité pense qu'une oligurie inférieure à 500 grammes par jour est un facteur de mauvais pronostic. De même, Brochier et Magnin écrivent dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale que « l'oligurie rebelle à la rehydratation est un facteur de mauvais pronostic » sans plus de précision.

Or l'expérience quotidienne montre qu'une telle oligurie n'avait rien d'alarmant et qu'elle ne justifiait pas à elle seule l'avortement thérapeutique.

Quelle est donc la valeur de cette oligurie? Roullier

écrivait déjà dans sa thèse en 1913 que « cette oligurie n'est pas dûe à une lésion rénale, mais à la faible quantité d'eau absorbée par la malade. Aussi l'organisme tiendra-t-il à compenser ce manque d'eau utilisable par l'eau qu'il empruntera à ses tissus. Il en résultera, en dehors d'une perte de poids, un état de concentration plus marqué lequel état ne va faire qu'augmenter l'oligurie ». Nous nous trouvons donc dans un cercle vicieux que rompra seulement la rehydratation intensive de l'organisme. Or il faut tenir compte dans cette question de la rehydratation du poids antérieur de la malade. Il est bien évident qu'il faudra moins d'eau à une femme qui pesait 50 kg. avant sa grossesse pour rétablir son équilibre hydrique qu'à une femme qui pesait 75 ou 80 kg.

En tout cas, l'oligurie apparaît comme une simple conséquence directe de la deshydratation qu'entraînent les vomissements répétés.

§ 2. — L'acétonurie

L'acétonurie est la marque de l'acidose. Mise en valeur par Le Lorier, au cours des vomissements graves de la grossesse, cette acétonurie est-elle un des éléments qui pouvait autoriser un avortement thérapeutique?

Dubrisay et Jeannin écrivent que « l'acétonurie augmentant est un des éléments sur lesquels on doit se baser pour pratiquer un avortement thérapeutique ».

On retrouve cette opinion dans l'article de Brochier et Magnin. La difficulté de doser quantitativement avec facilité l'acétone et les corps cétoniques dans les urines explique sans doute l'imprécision de ces données. Aussi ne doit-on pas utiliser un test, insuffisamment précis, pour servir de base à un acte aussi grave que l'avortement thérapeutique.

Qu'elle est donc la valeur de cette acétonurie? Comme nous l'avons déjà dit, l'acétonurie est la marque de l'a-

cidose. Celle-ci est consécutive au rejet des aliments. L'autophagie, résultant du jeûne, donne alors naissance à l'acidose, comme l'ont montré les auteurs allemands, en particulier ROSENFALD, ainsi que le rapporte R. LEVEN dans sa thèse. On peut donc penser que l'acidose des vomissements incoercibles a la même pathogénie que l'acidose des diabétiques : l'épuisement des réserves glycogéniques du foie.

On peut donc conclure que cette acétonurie n'est pas le signe d'une intoxication primitive, mais encore un signe secondaire à la dénutrition et à la deshydratation de l'organisme.

§ 3. — LE COEFFICIENT DE MAILLARD

Parmi les signes urinaires de l'atteinte hépato-rénale au cours des vomissements incoercibles de la grossesse, l'étude du coefficient de Maillard présente un grand intérêt au point de vue des tests d'aggravation de la maladie. G. LAROCHE, dans « Examen de laboratoire du médecin praticien » définit ainsi le cœfficient de Maillard : « Le coefficient de Maillard est le rapport entre l'azote des composés ammoniacaux (N. formol) et la somme de l'azote ammoniacal et ureique (N. hypobromite). Ce rapport est de l'ordre de 6 à 8 %. » Ce signe a été mis récemment en valeur au cours des vomissements incoercibles de la grossesse par l'école Lyonnaise. Aussi n'est-il pas cité dans les principaux traités d'enseignementt classiques. Seuls, BROCHIER et MAGNIN indiquent dans leur article de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale que l'augmentation du coefficient de Maillard entre 20 et 25 % est une indication formelle de l'avortement thérapeutique. Or la clinique nous montre là encore que la guérison est possible sans avortement thérapeutique, malgré un coefficient de Maillard supérieur à 25 %. C'est le cas en particulier des deux observations suivantes :

Observation n° XVI

(Résumé de l'observation n° XI
rapportée dans la thèse de SALUCKI)

M... 30 ans, IV pare. Entre à l'hôpital le 7-8-1929 pour vomissements graves.

Antécédents. — 1re et 3e grossesse normales. 2e grossesse, fausse couche d'un mois environ.

Grossesse actuelle. — D. R. 16-20-5-1929. — Début des vomissements fin mai : aggravation à partir du 15 juillet.

Examen à l'entrée. — Poids : 42 kg. 500 (au lieu de 51 kg.). Pouls : 95. Léger subictère : Urines : 600 grammes. Sels et pigments biliaires : o. Acétone + + +. Coefficient de Maillard 25 %. Pendant 5 jours, l'état reste inquiétant : pouls 90. Angoisse. Poids stationnaire.

Examen des urines du 14-8-1929. Diurèse 850 grammes, acétone +. Coefficient de Maillard : 27,5 %.

Dans les jours qui suivent, amélioration nette des vomissements.

Examen du 23-8-1929. — Poids : 45 kg. 800, Pouls : 86.

Urines 1200 q, acétone o., sels et pigments biliaires o. Coefficient de Maillard 6,9.

Observation n° XVII

(Résumé de l'observation n° XII de la thèse de SALUCKI)

Mme M... 29 ans, III pare. Première grossesse normale il y a 6 ans, enfant vivant en bonne santé. Deuxième grossesse il y a 2 ans fausse couche. Troisième grossesse : D. R. le 15 mars 1929. Début des vomissements le 10 avril. Depuis le 15 avril, la malade vomit absolument tout. Amaigrissement rapide.

Examen d'entrée du 11-5-1929 : Amaigrissement mar-

qué. Malade à facies inquiet. T. A. 9/5. Toucher, utérus en bonne position. Estomac, rien à signaler.

Urines. Diurèse 550 gr. Pigments biliaires o. Sels biliaires ++. Acétone +++. Coefficient de Maillard : 29,34. Traitement Médical : Amélioration rapide. Le 1er juin le coefficient de Maillard est tombé à 9,24. Quelques jours après, la femme fait un avortement spontané. Le 13 juin, le Maillard est à 6,4.

Ainsi la guérison a pu être obtenue sans avortement thérapeutique malgré un coefficient de MAILLARD ayant atteint 27,5 % dans l'observation n° XVI et 29,34 % dans l'observation n° XVII. D'autre part COLAS, dans sa thèse rapporte les conclusions d'un article de M. LABBE (Presse médicale, 10 juin 1933) où cet auteur cite des cas de malades qui ont atteint des chiffres considérables de l'ordre de 50 à 60 % et qui ont néanmoins guéri sans interruption de la grossesse, tandis que d'autres sont mortes malgré un avortement thérapeutique, sans avoir présenté un MAILLARD très élevé. C'est le cas de l'observation suivante où la mort est survenue, malgré un coefficient de MAILLARD tombé à 9,5 et bien qu'un avortement thérapeutique ait été pratiqué entre temps.

Observation n° XVIII

(Résumé de l'observation n° IV
rapportée dans la thèse de COLAS)

Mme Ch... 23 ans. II pare. Entre à la clinique obstétricale pour vomissements graves.

Antécédents. — 1re grossesse, 1929 : vomissements graves, avec amaigrissement intense (13 kg. en un mois), pouls supérieur à 100 subictère. Coefficient de Maillard 38 % à 40 %. Interruption artificielle de la grossesse. Guérison.

Grossesse actuelle. D. R. : 17 août 1933 : apparition

des vomissements dans le cours du mois de septembre. Depuis 15 jours intolérance gastrique absolue. Vomissements bilieux. Amaigrissement. Poids : 57 kg. 800 (au lieu de 64 kg. 800). Isolement. Diète pendant 48 heures. Diurèse 450 gr. Coefficient de Maillard 21 % le 11 octobre. Le 12, reprise de l'alimentation : injections de sulfate d'atropine à doses croissantes puis décroissantes. Le 13 octobre. Poids : 55 kg. 900. Diurèse 700 gr. Coefficient de Maillard : 37 %.

Amélioration nette les jours suivants. Le 29 octobre, le Maillard est tombé à 18,6 %. Mais à cette date reprise des vomissements d'une manière ininterrompue. Cependant, le coefficient de Maillard continue de baisser : il est à 12 % le 5 novembre. En même temps, l'amaigrissement redevient progressif : poids : 52 kg. et la diurèse diminue 250 grammes par jour.

Le 8 novembre, la malade est prise de frissons, avec léger éclat syncopale et pouls filant. Cependant le coefficient de Maillard continue de baisser, il est à 9,5. On décide d'interrompre la grossesse le lendemain. Mais dans l'après-midi, la femme est prise de toux spasmodique avec cyanose passagère, puis apparaissent des phénomènes convulsifs, tandis que le pouls devient imperceptible.

On pratique alors une interruption artificielle de la grossesse. Mais, malgré la mise en œuvre d'une thérapeutique anti-schock, la malade meurt quelques heures après l'intervention.

Quelle est donc la valeur pronostique du coefficient de Maillard? « L'intérêt de ce rapport repose sur l'hypothèse qui est actuellement solidement assise de la formation de l'urée, aux dépens du carbonate d'ammonium par deshydratation directe. Ce coefficient d'imperfection uréogénétique met en relief les variations de la fonction uréepoietique. Il augmente lorsque la formation d'urée a été plus faible, soit par insuffisance du foie, soit lors-

que l'azote ammonical a été retenu par l'organisme pour lutter contre l'intoxication acide. » (Laroche. Examen de laboratoire du médecin praticien).

Aussi, au cours des vomissements incoercibles, pouvons-nous conclure que le coefficient de Maillard ne traduit pas une insuffisance hépatique, marque d'une intoxication, mais la lutte de l'organisme contre l'acidose. Ceci semble confirmer par le fait qu'acétonurie et coefficient de Maillard évoluent parallèlement.

II. — LE SYNDHROME SANGUIN

Le syndhrome sanguin dans les vomissements incoercibles de la grossesse est parallèle au syndhrome urinaire et comprend des signes qui sont en rapport avec la deshydratation de l'organisme ou avec l'acidose.

§ 1. — Signes dûs a la deshydratation

Les signes dûs à la deshydratation intense de l'organisme sont : la polyglobulie et l'augmentation de la viscosité du sang.

Le professeur Devraigne a attiré l'attention, l'un des premiers, sur la polyglobulie et il écrit dans son précis d'Obstétrique : « S'il y a polyglobulie marquée, 6 à 8 millions, ou moins forte après injection de sérum salé, il faut interrompre la gestation. » Cette polyglobulie est-elle une polyglobulie vraie comme on en observe dans certaines intoxications : arsénic, phosphore, oxyde de carbone, ou une fausse polyglobulie? Aubertin, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, répond : « La polyglobulie des vomissements incoercibles, en particulier de la grossesse est une fausse polyglobulie dûe à la deshydratation intense de l'organisme et à la concentration des globules dans un plasma de volume diminué. Le nombre des globules rouges reste immuable, seule la masse sanguine est réduite. D'autre part,

la polyglobulie ne s'accompagne d'aucune altération globulaire. »

Quant à l'augmentation de viscosité du sang, elle s'explique d'une part par la polyglobulie et surtout par l'état de concentration plus marqué du plasma. Roullier expliquait déjà en 1913 ce phénomène par la deshydratation de l'organisme : « Lorsque l'apport d'eau est insuffisant, il y a oligurie marquée. Dans ce cas, l'organisme tend à compenser le manque d'eau utilisable par l'eau qu'il emprunte à ses tissus. Il en résulte a) une perte de poids, b) un état de concentrations plus marquée du sang. »

Notons d'ailleurs que polyglobulie et augmentation de la viscosité du sang se retrouvent à la période terminale du coma acidosique.

§ 2. — Les signes dus a l'acidose

Les signes sanguins de l'acidose sont surtout constitués par la baisse de la réserve alcaline. Aussi les auteurs ont-ils cherché à étudier ses modifications au cours des vomissements incoercibles de la grossesse. Pour Brochier et Magnin, ce serait le test le plus fidèle pour apprécier la gravité de l'affection. « Une baisse au dessous de 25 serait un signe de haute gavité. » Une telle baisse est-elle toujours de pronostic fatal et la guérison ne peut-elle coexister avec de tels chiffres ? Nous ne possédons pas de documents à ce sujet. Mais la comparaison avec le coma acidosique nous montre que dans cette affection, le chiffre de la réserve alcaline oscille entre 25 et 15 volumes parfois même plus bas encore. Or nous savons qu'avec un traitement bien conduit, il est possible d'obtenir la résolution du coma acidosique. Pourquoi un traitement médical bien conduit et surtout institué à temps ne donnerait-il pas les mêmes résultats dans les vomissements incoercibles de la grossesse ?

Aussi résumerons-nous ce chapitre en disant que :

syndhrome urinaire et syndhrome sanguin sont des conséquences de la dénutrition et de la deshydratation dont ils ne mesurent d'ailleurs pas toujours fidèlement la gravité, malgré l'apparente précision des chiffres.

Contrairement aux données classiques, les différents tests cliniques et humoraux apparaissent donc surtout comme les témoins, non pas d'une auto-intoxication gravidique initiale, mais de la dénutrition et de la deshydratation créées par l'hyperémèse dont nous sommes ainsi conduits à discuter la pathogénie.

CHAPITRE III

Les facteurs pathogéniques

Dans ce chapitre, nous ne nous appliquerons pas à rechercher la cause première du vomissement, mais plutôt à expliquer la transformation du vomissement bénin en vomissement grave, faisant nôtre la déclaration de Fieux au congrès d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie de Toulouse en 1910 : « C'est là, je crois, une vérité acceptée par tous et qui n'a pas besoin de discussions, à savoir que c'est le symptôme banal du début de la grossesse : le vomissement, qui, progressivement, et par étapes, plus ou moins rapidement franchies, peut arriver à la complication grave et mortelle. »

Or les conceptions classiques qui s'affrontent pour expliquer cette aggravation peuvent se ramener à deux principales qui n'expliquent d'ailleurs pas tout : la théorie toxique qui accuse essentiellement l'auto-intoxication gravidique et la théorie nerveuse qui donne une part prépondérante ou exclusive au pithiatisme.

I. — ROLE DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

Après avoir été très en faveur, il y a une trentaine d'années la théorie de l'auto-intoxication devait quelques années plus tard subir une éclipse marquée. Nous avons déjà vu au cours de ce travail que le professeur Pinard fut le protagoniste principal de cette théorie. Pour lui, les vomissements deviennent graves, quand cette intoxication est suffisamment intense pour atteindre le foie et dominer sa fonction défensive. L'hépato toxémie est donc la cause efficiente des vomissements in-

coercibles de la grossesse. Mais le professeur PINARD déclarait déjà lui-même en 1909 : « Jusqu'au jour où l'on aura décelé la présence de ces toxines, cette conception (l'hépato-toxémie) ne pourra être considérée que comme une hypothèse. » En fait, les toxines n'ont pas été découvertes depuis, ni biologiquement, ni chimiquement. Tout à ce sujet reste spéculatif. Leur source reste aussi à découvrir : ovaire, œuf, placenta, intestin, mauvais métabolisme? Les auteurs ne sont pas d'accord entre eux, sur ce point.

D'autre part, la rapidité avec laquelle disparaissent les vomissements n'est pas en faveur de la théorie de l'auto-intoxication gravidique. En effet, malgré la suppression du soi-disant foyer toxique par l'avortement thérapeutique, une certaine quantité de toxines devrait se trouver encore quelque temps dans la circulation et les symptômes cliniques ne devraient pas disparaître aussi rapidement. A ce propos, les professeurs BRINDEAU et LANTUEJOUL écrivent : « Une intoxication grave ne devrait pas cesser aussi vite même quand la cause de l'intoxication a été supprimée. Une certaine quantité de toxines devrait subsister encore quelques temps et ne s'éliminer qu'à la longue. » Paris-Médical, juin 1924.

De même, LEVEN et COUDERT, dans le bulletin de la Société de thérapeutique, rapportent : « L'atténuation et la disparition sont si rapides (par le seul traitement médical) qu'il suffit de les avoir constatées pour refuser à la théorie de l'auto-intoxication le rôle que les classiques lui accordent. » Bul. Soc. Thérapeutique 11-11-1925.

La rareté de la mort du fœtus in utéro est encore un argument contre la théhorie de l'intoxication. On connaît la fréquence de l'avortement de la femme enceinte, au cours des intoxications vraies endogènes et exogènes. Or dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la mort du fœtus in utéro est exceptionnelle.

De même, la précocité d'apparition des vomissements

d'emblée incoercibles dans certains cas, au point que la femme fait le diagnostic de sa grossesse par le seul fait de vomir, les vomissements étant parfois contemporains de premier retard de règles, ne peut s'expliquer par l'intoxication. Comment admettre que l'œuf, encore microscopique où à la limite de la visibilité, puisse entraîner des accidents de cette nature?

Les lésions trouvées à l'autopsie de femmes mortes de vomissements incoercibles, ne plaident pas davantage pour l'auto-intoxication. Ce sont des lésions banales que l'on retrouve dans les états d'inanition. Les lésions hépatiques, en particulier, n'ont rien de spécifique et se montrent comme des lésions secondaires à l'inanition.

Comment concevoir enfin dans les observations rapportées la guérison des malades s'il y avait eu intoxication, lorsque la grossesse a continué son évolution? Le traitement a toujours été strictement médical : psycho-thérapique, réhydratant, stimulant. La source des toxines n'a donc pas été supprimée. Comment expliquer alors l'amélioration et la disparition rapide des signes cliniques et humoraux en même temps que l'arrêt des vomissements? Il nous faut voir ailleurs le pourquoi de cette guérison et envisager le rôle que le pithiatisme peut jouer dans ces accidents.

II. — LE ROLE DU PITHIATISME

Quel rôle joue exactement le pithiatisme dans les vomissements incoercibles de la grossesse? Disons tout de suite et soulignons que : « Le pithiatisme n'intervient pas pour créer le vomissement, mais seulement pour l'exagérer. »

Le rôle du pithiatisme fut entrevu pour la première fois dans la genèse des vomissements incoercibles de la grossesse par Doleris en 1882. Depuis Vinay en 1894 écrivaient que « la véritable cause des vomissements incoercibles de la grossesse : c'est l'état pathologique

du système nerveux. C'est une névrose fonctionnelle qui se caractérise par une excitabilité anormale des réflexes et qui est vraisemblablement de nature hystérique. »

En 1904, MATHIEU et ROUX montrent l'influence du milieu familial et l'importanre de l'isolement : « Pendant les premiers mois, presque toutes les femmes ont des nausées et des vomissements espacés, qui paraissent tenir à un développement progressif de l'utérus, ou à quelque état d'intoxication mal défini. Mais souvent des conditions morales toutes particulières donnent à ces vomissements une allure grave. Les attentions multiples de l'entourage, les précautions prises contre les vomissements, les mines des convives au début des repas, dès que se produit le moindre malaise, agissait comme autant de suggestions puissantes. Il n'en faut pas plus pour graver dans l'esprit d'une jeune malade prédisposée l'idée de la nécessité du vomissement. » (Pathologie gastro-intestinale).

POTOCKI (1921) SIREDEY (1922) pensent de même que les vomissements doivent être traités comme des manifestations pithiatiques.

En 1924, les professeurs BRINDEAU et LANTUEJOUL dans le Paris-Médical, semblent faire le point de la question : « Les vomissements incoercibles apparaissent comme le type de cette association si fréquente, hystéro-organique. Dans tous les cas, une base organique plus ou moins importante existe et sur cette base se greffent des phénomènes pithiatiques, parfois légers, parfois d'une telle intensité qu'ils dominent la scène et masquent la lésion organique originelle. » Il nous faut en effet distinguer dans cette affection deux troubles bien distincts : 1° Le trouble primitif, constitué par le vomissement et le vomissement seul. 2° Les troubles secondaires, troubles dûs à la dénutrition, à la deshydratation à l'inanition. Or ces troubles secondaires sont de véritables troubles organiques, qui n'ont rien de pithia-

tique et qui sont incapables de guérir par la persuasion. »

Parallèlement à tous ces auteurs, de nombreuses thèses ont été soutenues pour montrer l'origine habituellement pithiatique des vomissements incoercibles de la grossesse. Devant la faculté de Médecine de Paris, depuis une trentaine d'années Beloux (1913) Yankovitch (1924) Ferru (1926) Hage (1928) Leven (1932) Delatte (1940) ont soutenu cette théorie. Sur quoi se basent-ils pour cela ?

1° *Le terrain.* — Le terrain nerveux des vomissements est un terrain spécial. Baucoup sont soit des nerveuses reconnues, soit des nerveuses latentes dont la grossesse révèlera l'état psychique. La preuve en est fournie par les faits suivants : Les vomissements incoercibles de la grossesse sont inconnues ou pour le moins exceptionnelles chez les peuplades primitives et les femmes de couleur vomissent moins que les femmes blanches. On pourrait presque dire que les vomissements incoercibles sont en proportion directe de l'état intellectuel et social des femmes.

D'autre part, une femme qui a déjà eu des vomissements incoercibles, contrairement à ce que pensent certains, a des chances plus que d'autres de vomir pour ses grossesses ultérieures. C'est ce qui a montré une statistique de Novey et Coomdand. Sur 63 observations de multipares présentant des vomissements incoercibles, ces auteurs retrouvent 33 femmes qui ont déjà eu des vomissements graves à leurs grossesses précédentes et parmi celles-ci, 2 avaient déjà subi un avortement thérapeutique.

2° *L'influence du traitement préventif.* — Les vomissements graves n'apparaissent pas si les vomissements banaux sont traités dès le début comme ils doivent l'être. C'est une notion maintenant acquise que l'on ne doit pas laisses évoluer ces vomissements quels qu'ils soient chez une femme enceinte.

Les professeurs Brindeau et Lantuejoul dans le « Paris Médical » juin 1924 écrivent que les vomissements incoercibles s'observent rarement chez les femmes qui ont été rigoureusement suivies depuis le début de leurs grossesse.

3° *Les signes d'intoxication* que certains ont décrits ne sont pas spécifiques des vomissements incoercibles. Ce sont comme nous l'avons montré des complications dues à la deshydratation et à l'inanition de l'organisme. Nous nous sommes attachés à le démontrer dans les deux premiers chapitres de cette thèse. Aussi n'y reviendrons-nous que pour citer cette phrase de Marc Rivière : « L'incontestable intoxication » qui accompagne les vomissements quand ils évoluent depuis un temps suffisant « paraît être une intoxication secondaire banale, elle aussi, et liée à la combustion des réserves organiques. L'acidose qui en est la caractéristique est étrangement apparentée aux acidoses qui accompagnent les états d'inanition. Cet état d'acidose secondaire disparaît par le traitement banal alcalin et insulinique. »

4° *La multiplicité des traitements* mis en œuvre est encore en faveur de l'origine pithiatique des vomissements incoercibles. Beloux en 1913, conseille déjà au moins 25 médicaments susceptibles de guérir les vomissements incoercibles. Depuis, avec le progrès, les médicaments se sont multipliés et à l'heure actuelle, il est impossible de compter les médicaments qui ont été proposés. Mais, quel qu'ils soient, ces médicaments ne font rien si au préalable, on ne réalise pas la condition indispensable : l'isolement de la malade.

5° *L'Isolement*, combiné à une psychothérapie rationnelle soit douce, soit violente, comme c'est le cas d'une observation rapportée par Le Lorier, amène la cessation des vomissements, confirmant ainsi la théorie du pithiatisme. Combien de vomissements graves ont guéri presqu'instantanément par la simple affirmation

que le diagnostic de grossesse était faux, qu'il s'agissait par exemple d'un kyste de l'ovaire comme c'est le cas de l'observation n° III. Ajoutons enfin que depuis plus de 20 ans il n'a jamais été pratiqué d'avortement thérapeutique à la clinique Tarnier pour vomissements incoercibles de la grossesse, ceux-ci ayant toujours guéri par la psychothérapie (Prof. Lantuejoul).

Comment expliquer, autrement que par la psychothérapie, l'action souvent presque miraculeuse du simulacre d'avortement où, après avoir montré à la malade de nombreux instruments chirurgicaux, faisant de la grande mise en scène, on se contente de donner quelques bouffées d'éther à la malade, d'introduire un spéculum dans le vagin et d'y placer une mèche. On ne touche pas à l'utérus, encore moins au col, aussi ne supprime-t-on point ainsi le point de départ possible d'un réflexe quelconque.

6° *La cause morale.* — Montrant enfin le grand rôle joué par le pithiatisme, certaines observations sont caractéristiques par le fait qu'à l'origine du vomissement se trouve une cause morale : la malade vomit pour se défendre. Le vomissement est alors pour KEHRER un système de défense ou plus simplement de protestation contre la grossesse, comme un moyen de se faire passer pour une victime et parfois un instrumnt de vengeance vis-à-vis du mari. Notons enfin au passage les cas où la femme vomit dans le but de se faire avorter.

Tels sont les principaux arguments que l'on peut évoquer en faveur du pithiatisme. Mais le rôle de celui-ci n'est pas admis par tous qui reprochent à la théorie les faits suivants :

1° Il est des cas où la psychothérapie échoue complètement. Certains, comme METZGER, ont même pensé que cet échec pouvait permettre de distinguer deux types de vomissements graves : le vomissement grave d'origine pithiatique, guérissant par la psychotérapie, et le

véritable vomissement incoercible, la « maladie émétisante », d'origine inconnue mais probablement toxique.

Nous reprocherons à ceux-ci : l'évolution de la rougeole, presque toujours vers la guérison et très exceptionnellement vers la mort, rompt-elle l'unité nosologique de cette maladie? Doit-on décrire deux maladies distinctes, la rougeole classique, bénigne, guérissable et une autre maladie, grave, mortelle, non encore étiquetée et classée? Dans ce cas, il nous faudrait refaire toute la pathologie.

Si la psychothérapie échoue, c'est peut-être que le traitement a été mal conduit. Le traitement psychothérapique, malgré sa simplicité apparente, est peut-être un des plus difficiles à bien pratiquer. Il est fonction d'un grand nombre de facteurs, et c'est là que le sens d'observation du médecin doit jouer son rôle pour étudier complètement non seulement la malade, mais son entourage, ses conditions de vie, son milieu social etc. Il est bien évident que l'on ne conduira pas son traitement psychothérapique de la même façon chez une femme qui n'a pour tout bagage intellectuel que son certificat d'études et la licenciée-ès-sciences pourvue de nombreux diplômes.

De même, le médecin doit tenir compte des antécédents obstétricaux de sa malade. Il ne s'agit pas d'affirmer à une mère de cinq enfants qu'elle n'est pas enceinte ou qu'elle est débarrassée de son produit de conception, alors qu'une multitude de petits signes, inconnus du médecin et connus de la malade seule, lui affirmer que sa grossesse continue d'évoluer.

D'autre part, répétons une fois encore que la psychothérapie n'a aucune action sur les troubles secondaires, deshydratation et inanition.

Il ne faut pas penser faire disparaître par exemple l'acidose par la simple persuasion. L'acidose est un trouble organique secondaire qui a son traitement médical

et qui doit être mis en œuvre parallèlement à la psychothérapie.

Enfin n'oublions pas que les vomissements incoercibles peuvent être symptomatiques d'une tumeur cérébrale demeurée jusque-là latente et qui subit une poussée évolutive du fait de la grossesse. Il est bien évident que dans ce cas la psychothérapie est sans effet.

2° L'apparition de polynévrites au cours de l'affection est pour beaucoup dans le reproche que certains font à la théorie pithiatique. Pour eux la polynévrite ne pouvait être que toxique. Sans tenir compte de la possibilité de polynévrite d'ordre pithiatique comme l'ont décrit les nécrologistes modernes, la découverte des vitamines a éclairé cette question d'un jour nouveau. La polynévrite est un trouble secondaire due à une carence en vitamine B.

3° On a encore reproché à la théorie pithiatique le fait suivant : si les vomissements de la grossesse dépendaient réellement du pithiatisme; on ne comprend pas comment ils peuvent apparaître avant que la femme ait la notion exacte de l'existence de sa grossesse. Nous savons en effet que bien souvent les vomissements semblent avertir la malade du début de la conception. Nous répondrons à cela ce que nous avons déjà dit : « Le pithiatisme n'intervient pas pour créer les vomissements, mais seulement pour les exagérer. » Nous pourrions répondre aussi qu'une jeune femme qui vomit n'est pas forcément enceinte et il y a d'autres causes de vomissements que la grossesse. Si en vomissant la femme pense qu'elle est enceinte, c'est qu'elle a d'autres raisons de le croire. D'autre part, le fait qu'une femme enceinte doit vomir est devenu pour l'ensemble de l'humanité presqu'un postulat. Il se pourrait donc que cette idée du vomissement s'impose à la femme comme une idée-force, et que la constatation de ces petits signes inconnus du médecin entraîne la probabilité de la grossesse, mette au premier plan cette idée-force du vomissement

qui, à son tour, ne fait que fortifier le diagnostic de la grossesse soupçonnée et trop souvent redoutée.

Nous voyons donc par ces faits que le rôle majeur dans la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse semble dû au pithiatisme. Mais d'autres facteurs comme la carence alimentaire interviennent aussi dans l'aggravation progressive parfois observée.

III. — LE ROLE DE LA CARENCE ALIMENTAIRE

Les découvertes chaque jour plus nombreuses, faites au sujet des vitamines et des principes minéraux de l'organisme nous aiderons sans doute un jour à préciser le rôle joué par certaines carences vitaminiques ou minérales dans la pathogénie des vomissements graves de la grossesse.

Envisageons d'abord la déperdition chlorée. Schwaab et Walther écrivaient déjà en 1933 : « Il semble bien démontrer que les vomissements, quelque soit leur origine, peuvent aboutir à la chloropénie, que cette chloropénie entretient de son côté les vomissements et que la rechloruration diminue ou fait cesser les vomissements. » Ils rapportent d'autre part une conclusion d'un article de Van Caulaert, Stahl et Hofstein : « La chloropénie une fois installée, entretient de son côté les vomissements. Les vomissements déchlorurent l'organisme ; il s'en suit que plus les sujets vomissent, plus ils se déchlorurent et plus ils se déchlorurent, plus ils vomissent. Ainsi se trouve constitué un cercle vicieux qui explique le caractère incoercible des vomissements observés. » Presse Médicale, 31 mai 1933.

De leur côté, Binet, Bargeton et Lacorne rapportent une observation de vomissements incoercibles avec déperdition chlorée importante. Les vomissements ont disparu au bout de 10 jours par une thérapeutique rechlorurante adéquate. Ils rapportent à ce propos l'avis de

Cosset et Petit. Dutaillis : « Le traitement de rechloruration trouverait une application humaine dans les vomissements incoercibles de la grossesse, où les accidents généraux; du moins dans les formes graves, relèvent sans doute pour une grande part d'une chloropénie plus ou moins accusée. »

Pour ce qui est de la déperdition calcique, Balard et Pery *écrivent* : « Certains auteurs ont pensé que l'hypocalcemie était la cause des vomissements gravidiques. Rien ne l'a encore démontré. » (Modifications générales de l'organisme maternel pendant la grossesse E.M.C.). Cependant, Theobald dans « Lancet ». (12 juin 1937) rapporte les bons effets du calcium associé aux vitamines A et D dans les toxémies de la grossesse et en particulier dans l'hypérémèse.

Quant aux vitamines, elles ont fait l'objet de nombreuses études. Déjà, le professeur Merklen écrit au sujet de la vitamine B : « L'augmentation considérable des besoins en vitamine B au cours de la gravidité, a fait penser à une carence non seulement dans les polynévrites et les psychoses gravidiques, mais aussi dans les vomissements incoercibles les accouchements prématurés, l'atonie utérine du post-pentern... Dans nombre de cas, interviendrait un véritable « cercle vicieux », la carence en vitamine B venant provoquer ou aggraver des troubles qui, à leur tour, accentuent la carence; il en serait ainsi en particulier dans l'achylie gastrique, les troubles intestinaux les vomissements incoercibles. »

Au sujet de la vitamine C, le professeur H. Benard écrit : « Chez la femme enceinte, chez la nourrice qui allaite, il conviendra de surveiller étroitement l'alimentation et d'assurer au besoin un apport vitaminique supplémentaire. Dans les grands états dyspeptiques, la résorption intestinale de la vitamine C peut devenir insuffisante d'où la nécessité d'augmenter la richesse vitaminique ou alimentaire ou de recourir à des injections intra-veineuses d'acide ascorbique. »

En définitive, l'aggravation de vomissements gravidiques résulte à la fois du pithiatisme et des carences alimentaires.

Aussi pour clore ce chapitre des facteurs pathogéniques des vomissements incoercibles nous admettrons que vomissements d'origine nerveuse et vomissements dus à des modifications biochimiques s'intrinquent pour créer un cercle vicieux qui diminuera les moyens de défense de l'organisme et conduira, le cas échéant, à des altérations irréversibles.

Aussi, au point de vue pathogénique, proposons-nous l'évolution suivante des vomissements incoercibles de la grossesse :

— Une première période uniquement psychique qui correspond peut-être à la première période dite d'amaigrissement de P. Dubois.

— Une seconde période où aux vomissements d'ordre psychique viennent s'ajouter ceux dus aux modifications biochimiques de l'organisme, entraînant un cercle vicieux mais qui peut être rompu par le traitement adéquat. Cette période correspondrait à la période de tachycardie de Dubois.

— Enfin une troisième période où les troubles carentiels ont créés des troubles irréversibles, où les vomissements n'ont plus rien de psychique, où le cercle vicieux ne peut plus être rompu, et qui correspondrait à la période terminale de Dubois; cette période pouvant survenir plus tôt, avant l'apparition des tests d'aggravation décrits classiquement, ce qui explique pourquoi ils ne remplissent pas toujours leur rôle.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir

Le traitement des vomissements incoercibles doit être orienté de telle façon que l'on puisse éviter l'avortement thérapeutique. Il a pour objectif de lutter à la fois contre les vomissements et contre les troubles secondaires.

Ces deux thérapeutiques ne doivent pas être employées l'une après l'autre, mais toujours menées de front et il est mieux encore de recourir plus tôt à des mesures préventives.

I. — LA THÉRAPEUTIQUE PRÉVENTIVE

Il faut en effet s'appliquer à éviter la transformation des vomissemens bénins en vomissements graves. On doit donc :

1° Soigner tout vomissement bénin quelqu'il soit chez la femme enceinte, non seulement par une médication eupeptique et neuro-sédative, mais déjà par une habile et prudente persuasion.

2° Éduquer la femme et surtout son entourage en s'inspirant de ce que les professeurs BRINDEAU et LANTUÉJOUL ont si bien décrit : « Tous les médecins ont observés de tels milieux où des cuvettes bien mises en évidence sont présentées à la femme à la moindre nausée, où la conversation roule presqu'exclusivement sur le vomissement du passé et de l'avenir, où la femme, trop soignée et trop plainte, finit par vivre dans l'attente du futur vomissement. Le traitement préventif consiste essentiellement à faire l'éducation de tels milieux et à les supprimer, s'ils paraissent inéducables. »

Cette thérapeutique préventive évitera souvent l'aggravation redoutée, devant laquelle on peut se trouver d'emblée placée.

II. — LA THÉRAPEUTIQUE CURATIVE

Elle doit être d'abord et résolument médicale, car il faut éviter au maximum l'interruption de la grossesse.

A. — Le traitement médical

Comme nous l'avons déjà dit, le traitement médical doit toujours être dirigé, non seulement contre le trouble primitif : les vomissements mais aussi contre les troubles secondaires de deshydratation et de dénutrition.

1° *Contre les vomissements*

La thérapeutique des vomissements est constituée par la psychothérapie et par la médication neuro-sédative.

1° *La psychothérapie.* — Les caractères de ce traitement doivent être :

a) *Précocité.* — Il ne faut pas attendre l'apparition de la polynévrite pour le pratiquer. Il doit être mis en œuvre dès que les vomissements ont tendance à s'aggraver et sans attendre les tests décrits par les auteurs classiques.

b) *Correction.* — La psychothérapie devra comporter un isolement rigoureux, au besoin loin du milieu familial. (Les exceptions à cette règle doivent être très rares). Il sera complété par la persuasion et la suggestion, par exemple administration d'un médicament qui « guérit toujours », sans toutefois préciser la date de cette guérison.

c) *Adaptation.* — La psychothérapie doit être appropriée à chaque cas et variée suivant la culture de la malade et surtout, suivant son état d'âme vis-à-vis de la

grossesse qui est beaucoup plus souvent déplorée que désirée en pareil cas.

d) *Association.* — L'action psychique doit être conjugué avec une médication calmante.

2° *La Médication Neuro-Sédative.* — Elle doit avoir pour but de calmer le système nerveux végétatif, de manière à supprimer ou au moins à diminuer les contractions stomacales et l'intolérance gastrique. On emploiera à cet effet, gardenal, chloral, bromures. On aura parfois avantage au point de vue psychothérapique à remplacer ces médicaments par des médicaments moins connus de la malade : dial, luminal, sedol, etc. [9].

Mais ce traitement neuro-psychique ne peut toujours prétendre guérir à lui seul et les vomissements et les troubles secondaires.

2° *Contre les troubles Secondaires*

Une thérapeutique compensatrice doit être dirigée contre la deshydratation, l'acidose et les carences diverses.

1° *La deshydratation.* — La lutte contre la deshydratation de l'organisme doit être menée avec rapidité et intensité par la rehydratation massive de l'organisme de manière à rétablir le plus tôt possible l'équilibre hydrique de la malade.

On emploiera à cet effet par toutes les voies d'introduction soit de sérum physiologique, soit du sérum glucosé. La voie buccale ne sera employée que 48 heures après le début du traitement de manière à laisser l'estomac si possible complètement au repos pendant cette période.

La dose à employer quotidiennement est fonction de l'état de la malade. Quoiqu'il en soit, il faut employer du sérum en grandes quantités, sans craindre les accidents possibles. La femme enceinte normale élimine en général par les divers émonctoires près de deux litres

d'eau par jour. C'est dans les environs de cette dose qu'il faudrait de l'eau aux femmes enceintes deshydratées par les vomissements graves.

2° *L'acidose.* — Menée conjointement avec la rehydratation, la lutte contre l'acidose sera faite par des injections intra-veineuses de sérum glucosé, accompagnées d'insuline et par l'administration par os de bicarbonate de soude à haute dose.

3° *La dénutrition.* — La lutte contre la dénutrition sera menée par l'introduction de lavements nutritifs, après lavement évacuateur. La reprise de l'alimentation par voie buccale devra être l'objet de soins attentifs. On commence d'abord par des liquides, puis on donne rapidement des solides en laissant à la malade le soin de faire son menu.

On complètera l'alimentation par l'administration des diverses vitamines sous formes injectables, en particulier de vitamine B, de manière à refaire le plus vite possible les stocks vitaminiques épuisés par la maladie.

Ces diverses prescriptions, bien conduites, doivent le plus souvent permettre d'éviter la thérapeutique obstétricale.

B. — Le traitement obstétrical

Il peut se faire en deux temps :

1° *L'avortement simulé.* — Avec une grande mise en scène, on simule l'avortement, ce qui est encore une manière de psychothérapie. Certains auteurs, en particulier le professeur Lantuejoul, n'en sont partisans, car c'est une arme délicate et à double tranchant. Cependant si l'amélioration ne se produit pas, on peut toujours invoquer une rétention placentaire pour expliquer la persistance du vomissement, et pratiquer ensuite, un véritable avortement thérapeutique.

2° *L'avortement thérapeutique.* — C'est la « thérapeutique de désespoir » à laquelle il ne faut recourir

qu'en dernier ressort. Si nous n'allons pas aussi loin que LEVEN, qui prétend que l'avortement provoqué doit disparaître de l'arsenal thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse, nous pensons cependant qu'il doit demeurer une rarissime exception.

En tout cas, pour assurer une guérison rapide et complète, l'avortement devra toujours être complété par le traitement médical que nous avons indiqué et dont l'objectif essentiel est de lutter contre la deshydratation, la dénutrition et l'acidose de l'organisme.

CONCLUSIONS

I. — L'indication de l'avortement thérapeutique, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, demeure un problème délicat, en l'absence de tests cliniques ou humoraux d'une fidélité éprouvée.

II. — Les auteurs modernes continuent de baser la conduite à tenir sur la triade constituée classiquement par la tachycardie permanente, l'ictère progressif, l'amaigrissement rapide, et complétée aujourd'hui par un syndhrome hémata-urinaire dont l'oligurie, l'acidose et le coefficient de Maillard sont les principaux éléments. Ils considèrent tous ces signes comme les témoins d'une toxémie gravidique, qui risque d'entraîner la mort si l'on n'intervient pas opportunément.

III. — En fait, de nombreux cas de vomissements d'une extrême gravité, accompagnés d'au moins un et souvent, de plusieurs critères du plus fâcheux pronostic, guérissent promptement, brusquement même, par le seul traitement médical, par la psychothérapie en particulier. Une guérison aussi rapide, aussi radicale, démontre, de façon quasi expérimentale, qu'une intoxication gravidique ne peut être en cause, puisque la grossesse poursuit son évolution désormais favorable.

IV. — C'est que les signes fournis par l'observation clinique et par le laboratoire, et considérés jusqu'ici comme tests d'aggravation ne sont pas l'expression d'une toxémie *primitive* dont l'origine reste hypothétique, mais bien *la conséquence de l'hyperémèse*. Ils nous paraissent en effet relever de trois facteurs essentiels :

1° *Un facteur psychique* primordial qui intervient seulement pour transformer en vomissements incoercibles, chez une nerveuse prédisposée, les vomissements

bénins que la grossesse déclanche souvent par un mécanisme inconnu et fort discuté.

2° *Un facteur végétatif* qui s'exprime par l'instabilité ou le dérèglement du complexe neuro-endocrinien, conditionne ou amplifie les réactions digestives ou les réactions circulatoires comme la tachycardie.

3° *Un facteur carentiel* qui joue un rôle secondaire au point de vue chronologique, mais majeur au point de vue pathogénique. La carence alimentaire *globale* crée un état de dénutrition qui entraîne la deshydratation aussi bien que l'autophagie et qui explique l'amaigrissement, l'oligurie, la constipation, aussi bien que l'acidose ou l'imperfection ureogénique. La carence alimentaire *minimale,* ionique ou vitaminique a une part moins connue ou plus tardive qui se traduit parfois objectivement par une polynévrite terminale.

V. — La conduite à tenir découle naturellement des considérations précédentes et comporte :

1° *Une thérapeutique prophylactique,* eupeptique et neuro-sédative combattant toutes les causes, locales ou générales, capables de constituer autant d'épines organiques, et de préparer le terrain propice à l'éclosion ou à l'amplification des accidents redoutés.

2° *Une thérapeutique curative médicale* avant tout, ayant pour base une psychothérapie précoce, correcte, souple, appropriée à chaque cas et pour indispensable adjuvant une médication compensatrice du déséquilibre hydro-minéral et vitaminique.

C'est seulement en cas d'échec de ce traitement, méthodiquement et rigoureusement appliqué pendant une huitaine de jours et *sans attendre les tests d'aggravation classiques,* mais trompeurs qu'il faudra se résigner à cette « thérapeutique de désespoir » qu'est l'interruption de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

Barach. — Hypotension artérielle. Arch. of. Intern. Méd. février 1925.

Beloux. — De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves de la grossesse. Thèse de Paris, 1913.

Binet Bargeton-Lacorne. — Déperdition chlorée et vomissements. Presse Médicale : 10 novembre 1938.

Boulet. — Le diabète sucré. Encyclopédie Médico. Chirurgicale. Volume Nutrition.

Brindeau et Lantujoul. — Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte. Paris-Médical, 21 juin 1924.

Brochier et Magnin. — Les vomissements de la femme enceinte E. M. G. Volume obstétrique, Tome 1.

Bureau. — Un cas de mort subite au cours d'un syndrôme de vomissements grave de la gestation. Thèse de Lyon, 1932.

Colas. — Un aspect des difficultés de pronostic dans les syndrômes des vomissements graves de la gestation. Thèse de Lyon, 1933.

Delatte. — Vomissements Incoercibles. Psychothérapie. Thèse de Paris, 1940.

Devraigne. — Manuel et obstétrique. 5e Edition 1942.

Donzelot. — La tension artérielle et ses troubles. E. M. C. Volume cœur.

Du Brisay et Jeannin. — Précis d'accouchement. 9e édtiion 1943.

Fabre. — Précis d'Obstétrique. 8e Edition 1940

Ferru. — L'Ictère dans les vomissements graves de la grossesse. Thèse de Paris 1926.

(Monde Médical).

Gonnet et Reboux. — Formes florides de vomissements incœrcibles de la grossesse. B. S. O. P. G. année 1927.

Hage. — L'origine pithiatique des vomissements incoercible. Importance de la psychothérapie. Thèse de Paris, 1928.

Lagomme et Lepage. — Le système nerveux végétatif dans ses rapports avec la gestation et l'accouchement. E. M. C. Volume, Sang, Système Sympathique.

Laubry. — Traité de pathologie interne. Maladies du cœur et du vaisseau, Tome III.

Laroche. — Examen de laboratoire du médecin praticien.

R. Leven. — Vomissements incoercibles. Leur guérison dans les formes les plus graves. Thèse de Paris, 1932.

Leven et Coudert. — Vomissements incoercibles de la grossesse traités à la veille de l'avortement décidé et guéris. Bulletin de la Société de thérapeutique 11-11-1925.

Mathieu et Roux. — Pathologie gastro-insestinale.

Mercklen et Benard. — Déficiences vitaminiques et hormonales publiées sous la direction de N. Fiessinger.

Pinard. — Nouvelle pratique Médico-Chirurgicale. Edition de 1911, Tome VIII. Les vomissemenrs de la grossesse.

Roullier. — De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez la femme atteinte de vomissements incoercibles. Thèse de Paris 1913.

Rivière. — Assistons-nous à la faillite des maladies gravidiques Journal de Médecine de Bordeaux, 10 mai 1929.

Salycki. — Le coefficient de Maillard comme élément de pronostic dans les vomissements graves de la gestation. Thèse de Lyon, 1930.

Sheedan. — Pathology of hyperemesis and Vomiting of Late Pregnancy. Journal Obst et Gynaec of British Empire Manchester. Année 1939 N° 46.

Schwras et Walther. — Vomissementsgraves de la grossesse Hypochloremie et azolémie. Presse Médicale, 31 mai 1933.

Theobald. — Effet du calcium et des vitamines A et D dans la fréquence des toxémies de la grossesse.

Vignes. — L'interruption artificielle de la grossesse. Gazette Médicale du Centre, 15 mars 1939.

Von Feketg. — Le problème de l'hyperemèse gravidique. Zschr Beb. Gyn. 6 12 1942.

Voron. — Réflexions sur un cas de vomissements graves de la grossesse suivi de mort. B. S. O. P. 1914.

Wetterdal. — Emesis Gravidarum, Journal of the America Medical Association 9-11-1934.

Wittlin. — Trois cas mortels au cours des vomissemcnts graves de la gestation. Thèse de Lyon, 1939.

Vu : *le Président*,
LANTUÉJOUL.

Vu : *le Doyen*,
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

Poitiers. — Imp. L'UNION.